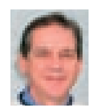
REVUE DE
Santé Oculaire Communautaire
Volume 3 | Numéro 1 | Janvier 2006





ÉDITORIAL

Prise en charge de l'œil rouge


Allen Foster
Professeur, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.


Agents de santé primaire examinant un nourrisson. CAMBODGE

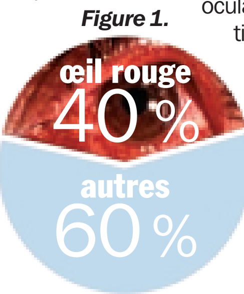
Sue Stevens

La rougeur oculaire aiguë est l'un des problèmes les plus fréquemment rencontrés par les agents de santé. Environ 40 % des patients examinés en consultation externe à Bawku, au Ghana, et dans dix hôpitaux de district au Pakistan, présentaient une rougeur oculaire (Figure 1).

Les étiologies les plus graves de l'œil rouge doivent être diagnostiquées très rapidement et prises en charge par un ophtalmologiste. Cependant, dans bien des cas, un œil rouge peut être pris en charge au premier niveau du système de soins de santé (niveau primaire). Lorsque les agents de santé primaires sont capables de différencier entre les différentes causes de l'œil rouge et d'assumer une prise en charge, cela présente deux avantages importants :

- D'une part, les patients sont traités plus rapidement et plus près de leur domicile
- D'autre part, cela évite aux centres secondaires d'avoir à prendre en compte les étiologies qui ne posent en général pas de problèmes et ils disposent ainsi de plus de temps et de ressources pour prendre en charge les affections oculaires les plus préoccupantes.

Figure 1.



Source : Chiffres pour le Bawku Hospital : Isaac Baba

Chiffres pour les hôpitaux de district au Pakistan : Babar Qureshi

Ce numéro de la *Revue de Santé Oculaire Communautaire* présente une vue d'ensemble de la prise en charge de l'œil rouge, en particulier au niveau primaire. La première partie est consacrée aux étiologies de la rougeur oculaire, lorsque celle-ci n'est pas d'origine traumatique. La deuxième partie aborde les traumatismes oculaires : leur prévention, leur évaluation et leur prise en charge.

Dans la première partie de ce numéro, l'article d'Isaac Baba traite des premiers soins à prodiguer au niveau primaire. Tissa Senaratne et Clare Gilbert présentent une vue d'ensemble des conjonctivites. De leur côté, Anthony Hall et Bernadetha Shilio apportent des informations sur la difficile prise en charge des allergies oculaires et prodiguent des conseils pratiques pour reconnaître et traiter la limbo-conjonctivite endémique tropicale. Nous avons également inclus des tableaux récapitulatifs sur le diagnostic et le traitement, ainsi qu'un jeu de questions-réponses, qui peuvent être utilisés dans la formation des agents de santé oculaire au niveau primaire.

La deuxième partie de ce numéro est consacrée à la prévention, l'évaluation et la prise en charge des traumatismes oculaires. L'article de Karin Lecuona est une introduction à l'évaluation et la prise en charge. Ansumana Sillah et Bakary Ceesay présentent une vue d'ensemble de cette prise en charge au niveau primaire et Reggie Seimon met l'accent sur le rôle de l'éducation sanitaire dans la prévention. Richard Wormald, qui fait partie du *Cochrane Eyes and Vision Group*, aborde la question des donnés probantes en faveur de la prévention et de la prise en charge des traumatismes oculaires.

DANS CE NUMÉRO ...

REVUE DE
Santé Oculaire Communautaire

Pour le soutien de VISION 2020 : le droit à la vue





Cette revue est produite en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé

Volume 3 | Numéro 1 | Janvier 2006

Bureau de la rédaction
Revue de Santé Oculaire Communautaire
International Centre for Eye Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine,
Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.
Tél : +44 207 612 7964/72
Fax : +44 207 958 8317
Courriel : Anita.Shah@Lshtm.ac.uk

Service de renseignements
Sue Stevens
Courriel : Sue.Stevens@Lshtm.ac.uk
Tél : +44 207 958 8168

Publication en ligne (www.jceh.co.uk)
Sally Parsley
Courriel : admin@jceh.co.uk

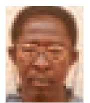
La *Revue de Santé Oculaire Communautaire* est publiée deux fois par an et **envoyée gratuitement aux abonnés des pays en développement**. Merci de bien vouloir faire parvenir votre nom, votre profession et votre adresse postale à la *Revue de Santé Oculaire Communautaire*, à l'adresse ci-dessus. Pour les autres abonnés, les frais d'abonnement sont les suivants : UK £ 28 / US $ 45 pour un an ; UK £ 50/ US $ 80 pour deux ans. Règlement par carte bancaire ou mandat international à l'ordre de London School of Hygiene and Tropical Medicine, à l'adresse ci-dessus.

Site Internet
Les anciens numéros de la *Revue* sont disponibles sur le site :
www.jceh.co.uk
Le contenu peut être téléchargé sous format HTML ou sous format PDF.

ISSN 0953-6833



Œil rouge – premiers soins à prodiguer au niveau primaire



Isaac Baba
Chirurgien de la cataracte, Bawku Hospital, PO Box 45, Bawku, Ghana.

Dans la plupart des centres de soins oculaires des pays en développement, l'œil rouge représente une importante proportion des consultations. Dans le service de soins oculaires du Bawku Hospital au Ghana, par exemple, 21 391 patients ont été traités en consultation externe en 2004. Plus de 40 % d'entre eux (soit 8 391 cas) présentaient un « œil rouge ».

Dans la majorité des cas, l'œil rouge est pris en charge dans les centres de santé communautaires où des infirmiers communautaires, des agents de santé oculaire primaire et des infirmiers spécialisés en ophtalmologie sont responsables du diagnostic et du traitement. De ce fait, il faut donc accorder suffisamment d'attention à la prévention, au diagnostic précoce et aux premiers soins à administrer dans le cas d'un œil rouge.

Un œil rouge aigu est généralement causé par une conjonctivite, un trachome, un ulcère cornéen, une iritis aiguë, un glaucome aigu ou un traumatisme. L'utilisation de remèdes traditionnels nocifs pour d'autres problèmes oculaires peut également provoquer un œil rouge. Cet article traite des premiers soins à prodiguer au niveau primaire, dans le cas d'un œil rouge non traumatique.

Conjonctivite

Conjonctivite à tout âge

C'est l'étiologie la plus fréquente d'un œil rouge. Généralement, une conjonctivite n'est pas douloureuse et se caractérise par des sécrétions claires ou purulentes. Il existe différents types de conjonctivite : les conjonctivites bactériennes, causées par des bactéries, gonocoque ou staphylocoque par exemple ; les conjonctivites virales, causées par des virus, par exemple le virus de l'herpès ; et les conjonctivites allergiques, provoquées par une allergie à la fumée, aux cosmétiques, aux médicaments, etc. Les signes d'une conjonctivite varient en fonction de sa cause, mais ils comprennent des paupières enflées, une rougeur de la conjonctive et des sécrétions claires ou purulentes. La cornée et la pupille ne sont généralement pas affectées.

Prise en charge

Les conjonctivites n'affectent normalement pas la vue et sont faciles à traiter. Pour traiter une conjonctivite bactérienne, nettoyer les yeux et appliquer un antibiotique quelconque sous forme de collyre ou de pommade oculaire. En l'absence de tout antibiotique, un simple nettoyage régulier pour éliminer les sécrétions permet aux yeux de se stabiliser en quelques jours.

Une conjonctivite virale ne requiert généralement aucun traitement, mais l'application d'une pommade antibiotique peut rassurer le patient. On observe parfois des épidémies de conjonctivite virale, affectant de nombreuses personnes pendant une même période. Par exemple, un seul écolier présentant une conjonctivite virale peut infecter en une journée la moitié de l'école. Dans ce cas, il est préférable de fermer l'école pendant deux ou trois jours pour éviter la contagion. Ce type de conjonctivite épidémique est communément appelé « conjonctivite Apollo » en Afrique occidentale. Le vrai danger est ici l'utilisation de remèdes traditionnels nocifs qui peuvent aggraver l'état de l'œil.

Dans le cas d'une conjonctivite allergique (également connue sous le nom de limbo-conjonctivite tropicale ou LCET ou parfois (kérato-)conjonctivite printanière ou vernale), le patient ressent généralement depuis longtemps de très fortes démangeaisons des deux yeux. Une LCET donne un aspect brun foncé aux yeux d'un enfant. Dans les cas les plus graves, un spécialiste doit prescrire à ces enfants des stéroïdes en application locale. Les préparations oculaires à base de stéroïdes peuvent être dangereuses et doivent uniquement être prescrites par un ophtalmologiste.

Conjonctivite du nouveau-né

On désigne sous le nom de conjonctivite néonatale ou ophtalmie des nouveaux-nés toute infection oculaire survenant durant les 28 premiers jours de vie. Si elle est due à un gonocoque, l'infection est vraiment grave. Les paupières sont gonflées et laissent sourdre du pus, la conjonctive est rouge et peut présenter un aspect hémorragique. La cornée est généralement transparente, mais si elle présente une tache blanche, il peut s'agir d'un ulcère ; dans ce cas d'une extrême gravité, il faut orienter immédiatement le nouveau-né vers un service spécialisé.

Prise en charge

Nettoyer les yeux délicatement avec de l'eau propre ou du sérum physiologique et appliquer toutes les heures une pommade à la tétracycline. Si la cornée est atteinte, envoyer immédiatement le nourrisson dans un centre de soins oculaires où il recevra un traitement intensif par collyre antibiotique et parfois une antibiothérapie générale.

Prévention

Il faut nettoyer les yeux des nourrissons immédiatement après la naissance et appliquer une pommade à la tétracycline. En consultation prénatale, il faut traiter toutes les mères présentant une infection vaginale. Dans la mesure où il s'agit souvent d'une infection sexuellement transmissible, il faut sensibiliser les sages-femmes traditionnelles, les agents de santé communautaires et les parents des deux sexes.

Ulcère cornéen

Les ulcères cornéens ont une étiologie multiple. Ils peuvent être causés par une infection (bactérie, champignon, virus, ou acanthamibe) ou par une malnutrition, comme dans le cas de la rougeole/ d'une carence en vitamine A, qui survient principalement chez les enfants âgés de six mois à deux ans. Certaines étiologies sont principalement unilatérales alors que d'autres, comme l'avitaminose A, sont souvent bilatérales. Un ulcère cornéen peut entraîner une cicatrice de la cornée ou une atrophie du globe oculaire (phtisie du globe).

Une perforation de la cornée est appelée érosion ou ulcère de la cornée. Pour plus de simplicité, nous désignerons toutes ces lésions

Suite à la page 4 ➤

Diagnostic différentiel de l'œil rouge sans traumatisme

	CONJONCTIVITE	ULCÈRE CORNÉEN	IRITIS AIGUË	GLAUCOME AIGU
Œil	Deux yeux atteints généralement	Un œil atteint généralement	Un œil atteint généralement	Un œil atteint généralement
Vision	Normale	Généralement réduite	Souvent réduite	Diminution nette
Douleur oculaire	Œil normal ou sensation de grains de sable	Œil généralement douloureux	Douleur modérée, photophobie	Douleur importante (maux de tête et nausées)
Sécrétions	Collantes ou claires	Peuvent être collantes	Larmoiement	Larmoiement
Conjonctive	Rougeur généralisée (variable)	Rougeur plus marquée autour de la cornée	Rougeur plus marquée autour de la cornée	Rougeur généralisée très nette
Cornée	Normale	Grise, tache blanche (coloration à la fluores-céine)	Généralement transparente (précipités rétrocornéens parfois visibles à la loupe)	Trouble (présence de liquide dans la cornée)
Chambre antérieure (CA)	Normale	Généralement normale (parfois hypopyon)	Cellules visibles à la loupe	Peu profonde ou plate
Taille de la pupille	Normale et ronde	Normale et ronde	Petite et irrégulière	Dilatée
Réaction de la pupille à la lumière	Bonne réaction	Bonne réaction	Réaction minime car la pupille est déjà petite	Réaction minime ou absence de réaction
Pression intraoculaire (PIO)	Normale (mais ne pas tenter de mesurer la PIO)	Normale (mais ne pas tenter de mesurer la PIO)	Normale	Élevée
Signes/Tests diagnostiques utiles	Sécrétions purulentes des deux yeux	Coloration de la cornée à la fluorescéine	Pupille irrégulière lorsqu'on la dilate avec un collyre	PIO élevée

Premiers soins dans le cas d'un œil rouge sans traumatisme

Conjonctivite	Ulcère cornéen	Iritis aiguë	Glaucome aigu
Sécrétions dans les deux yeux, cornée transparente et pupille normale	Tache blanche ou marque sur la cornée, pouvant être colorée à la fluorescéine	Pupille de petite taille, qui devient irrégulière lorsqu'on la dilate	Œil très douloureux, mauvaise vision et pupille dilatée
Traiter	**Adresser à un spécialiste**	**Adresser à un spécialiste**	**Adresser à un spécialiste**
Pommade antibiotique 3 fois par jour pendant 5 jours. Conseils d'hygiène	Collyre ou pommade antibiotique toutes les heures	Dilater la pupille si possible	Diamox® (500 mg) par voie orale et collyre à la pilocarpine si possible

Tableaux : ICEH

sous le nom d'ulcère. Il existe des ulcères superficiels et des ulcères profonds. Le patient se plaint d'un œil rouge et douloureux. Les paupières sont parfois enflées, la conjonctive est rouge autour de la cornée, la pupille est normale et l'acuité visuelle est souvent réduite. On observe souvent une marque ou tache grise sur la cornée. L'autre œil est généralement normal. Il existe un test spécifique permettant d'identifier un ulcère cornéen : lorsqu'on place une bandelette imbibée de fluorescéine sous la paupière inférieure, toute altération de l'épithélium se colore en vert. Se référer à la page 20 de ce numéro pour le mode d'emploi.

Prise en charge

Un ulcère cornéen est un problème oculaire grave. Il faut instiller fréquemment (toutes les heures) un collyre antibiotique, protéger l'œil par un pansement et adresser de toute urgence le patient à un service spécialisé. S'il s'agit d'un enfant âgé de un à dix ans, administrer également 200 000 UI de vitamine A par voie orale. Tout ulcère cornéen doit être traité par un ophtalmologiste car il peut facilement entraîner une cicatrice cornéenne et évoluer vers la cécité.

Le spécialiste fera le diagnostic de la cause et offrira le traitement qui convient. On traite un ulcère bactérien par des antibiotiques en application locale et en injections sous-conjonctivales. On utilise des antifongiques (natamycine par exemple) dans le cas d'un ulcère fongique, mais ce type d'ulcère est difficile à traiter. Un ulcère viral est traité par des anti-viraux (aciclovir par exemple). Un ulcère nutritionnel est généralement dû à une carence en vitamine A résultant d'une rougeole ou d'une malnutrition. Le traitement comprend l'administration de gélules de vitamine A (posologie en fonction de l'âge).

Iritis aiguë

L'étiologie d'une iritis aiguë reste souvent inconnue. Le patient se plaint d'un œil rouge et douloureux. Il n'y a pas de sécrétions mais l'acuité visuelle est réduite. La conjonctive est rouge mais la cornée est transparente. La pupille est généralement de petite dimension et peut être de forme irrégulière – cela devient plus apparent lorsque la pupille se dilate avec le traitement.

Prise en charge

Il s'agit d'un problème grave. Si c'est possible, dilater la pupille avec un collyre mydriatique à effet rapide, de type tropicamide. Adresser sans plus attendre le patient à un spécialiste.

Glaucome aigu

Cette maladie est rare chez les personnes d'origine africaine et plus courante chez les personnes d'origine asiatique. En cas de glaucome aigu, la pression intraoculaire augmente très rapidement, ce qui se traduit par un œil rouge très douloureux et une acuité visuelle réduite. La cornée présente un aspect trouble en raison de l'œdème, la pupille est dilatée et ne réagit pas à la lumière.

Prise en charge

C'est une affection oculaire très grave et douloureuse. Il faut transférer de toute urgence le patient dans un service spécialisé. Si vous disposez de comprimés de Diamox® (dosé à 250 mg), administrez deux comprimés par voie orale au moment du diagnostic, puis un comprimé 4 fois par jour et adressez le patient à un spécialiste. Vous pouvez également administrer un collyre à la pilocarpine, si vous en avez à votre disposition, afin de réduire la taille de la pupille.

Médecine oculaire traditionnelle

La médecine traditionnelle existe depuis l'origine de l'humanité. Les guérisseurs traditionnels sont des membres respectés de leur communauté. En Afrique, un grand nombre des personnes qui se rendent à une consultation de soins oculaires ont déjà traité leurs yeux par des herbes ou autre préparation traditionnelle, avant de se présenter au centre de soins. De telles pratiques peuvent s'avérer particulièrement dangereuses, surtout chez les enfants.

Les traitements oculaires traditionnels peuvent être nocifs ou inoffensifs. Les traitements oculaires inoffensifs comprennent des incantations par des guérisseurs traditionnels et l'utilisation de sérum physiologique, entre autres. Dans la catégorie des traitements nocifs, on peut classer l'alcool, la poudre de cauri, la bouse de vache et le crottin d'âne, les préparations à base d'herbes, la salive humaine, les excréments d'oiseaux et de lézard, l'urine, etc. Ces préparations traditionnelles varient d'une culture à l'autre et les agents de santé oculaire du monde entier pourraient sans doute ajouter d'autres remèdes à cette liste, en fonction de leur propre expérience. Les préparations que l'on applique directement dans l'œil peuvent provoquer un ulcère cornéen ou aggraver un ulcère existant, entraînant des cicatrices ou une perforation oculaire pouvant évoluer vers la cécité.

Les agents de santé oculaire primaire ont un rôle important à jouer dans la prévention de la cécité par l'utilisation de traitements oculaires traditionnels. Ils/elles sont souvent les premières personnes à être informées lorsque les traitements traditionnels tournent mal et ils sont suffisamment proches de la communauté pour déconseiller leur utilisation. La première étape de la prévention de la cécité par l'utilisation de traitements oculaires traditionnels est l'établissement d'un rapport de confiance et de respect entre les prestataires de soins de santé, les patients et les communautés.

Il est important de comprendre pourquoi certaines personnes ont recours à la médecine oculaire traditionnelle et de ne pas les juger. Beaucoup ignorent les dangers de l'automédication des problèmes oculaires. L'attitude négative de certains agents de santé décourage souvent les patients pauvres de se rendre dans des centres de santé. Les croyances socioculturelles telles que la croyance en des mauvais esprits ou la sorcellerie, conduisent certaines personnes à penser qu'il vaut mieux consulter un guérisseur qu'un médecin. Les médicaments oculaires sur ordonnance sont très chers pour beaucoup de patients. Enfin, l'éloignement des services de santé encourage les patients à demander de l'aide plus près de chez eux.

Prise en charge

La plupart des patients se rendent à l'hôpital lorsque leur œil est déjà lésé. Il faut d'abord rincer l'œil abondamment avec de l'eau, si le remède traditionnel a été appliqué récemment, puis instiller un collyre antibiotique toutes les heures.

Il faut mettre à profit toutes les opportunités de sensibiliser la population pour la décourager d'avoir recours à la médecine oculaire traditionnelle et utiliser pour cela différents moyens comme l'éducation sanitaire au niveau de la communauté, des écoles, des associations de femmes et des centres de santé. Il faut adresser tout patient présentant des complications oculaires à un service spécialisé.

Traumatisme oculaire

Les traumatismes oculaires représentent 10 % des cas d'œil rouge. Ces blessures peuvent causer des dommages irréversibles à l'œil et entraîner la cécité. Dans de nombreux cas, il faut adresser les patients à des services de soins oculaires secondaires ou tertiaires. Les traumatismes oculaires sont abordés dans la deuxième partie de ce numéro et ne sont donc pas développés dans cet article.

Sources

E. Sutter, A. Foster et V. Francis, *Hanyane : Bien voir et mieux vivre au village, Partie 2 : Notes de cours sur les affections courantes oculaires destinées aux personnels de santé*, London, International Centre for Eye Health, 1993.

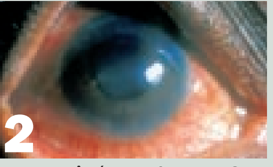
Questions-Réponses sur l'œil rouge

Quel est le problème dans chacun des cas suivants ? Comment doit-il être pris en charge ?

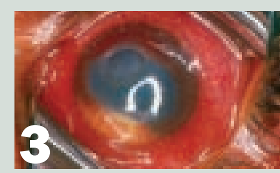
Questions-réponses par David Yorston et Marcia Zondervan



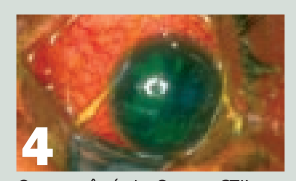
Garçon âgé de 14 ans. Se plaint de démangeaisons dans les yeux depuis trois ans et de sécrétions claires et collantes. AV 10/10.



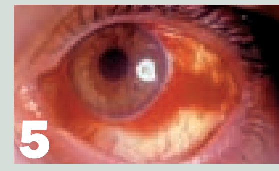
Femme âgée de 45 ans. Se plaint d'une douleur oculaire et d'une gêne en présence de lumière vive et de sécrétions claires. AV 5/10.



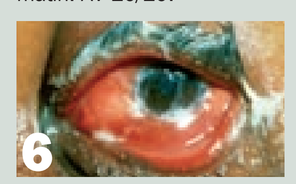
Fillette âgée de 5 ans. Douleur forte et perte de la vision depuis trois jours. A reçu un traitement oculaire traditionnel il y a une semaine. CLD.



Garçon âgé de 6 ans. Œil douloureux depuis dix jours. A contracté le paludisme il y a un mois. Durant l'examen, la sensibilité de la cornée s'avère réduite. AV 1/10.



Femme âgée de 25 ans. Absence de douleur ou de sécrétions. Se plaint d'une rougeur oculaire depuis ce matin. AV 10/10.



Homme âgé de 19 ans. Se plaint d'une sensation de grains de sable et de corps étranger et d'une douleur oculaire depuis trois jours, accompagnées de sécrétions épaisses et jaunâtres. AV 6/10.

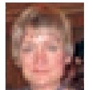
Réponses à la page 23



Conjonctivite



Tissa Senaratne
Médecin ophtalmologiste, Centre Hospitalier Universitaire, Kandy, Sri Lanka.



Clare Gilbert
Maître de conférences, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.

La conjonctive est une muqueuse fine et transparente qui tapisse la face interne des paupières et recouvre la sclère (la partie blanche de l'œil). Les glandes que contient la conjonctive produisent des sécrétions qui aident à maintenir l'humidité de l'œil et des anticorps qui luttent contre les infections.

Conjonctivite signifie « inflammation de la conjonctive ». La cause la plus fréquente en est une infection virale ou bactérienne. Une conjonctivite peut également être causée par une substance chimique irritante, un traitement oculaire traditionnel ou une allergie. Dans le cas d'une infection, les deux yeux sont généralement atteints. Le patient se plaint d'une gêne et d'une rougeur oculaires, accompagnées de sécrétions qui peuvent coller les paupières au réveil. La vision n'est généralement pas affectée. L'examen révèle des yeux rouges, des paupières parfois légèrement tuméfiées et des sécrétions visibles. La cornée devrait être claire, la pupille ronde, d'aspect régulier et réagissant à la lumière. Une conjonctivite d'origine infectieuse peut se produire à tout âge, mais certains facteurs affectent plus particulièrement certaines tranches d'âge (Tableau 1). Seule une conjonctivite à gonocoque peut menacer la vue.

Tableau 1. Les causes d'une conjonctivite et les tranches d'âge essentiellement affectées

Cause de la conjonctivite	Nouveaux-nés	Enfants	Adultes
Infection virale	Rare	Affecte généralement les deux yeux	Affecte généralement les deux yeux
Infection bactérienne	Peut être grave et menacer la vue	Peut affecter un seul œil ou les deux à la fois. Peut être grave et menacer la vue	Peut affecter un seul œil ou les deux à la fois. Peut être grave et menacer la vue
Chlamydia	Peut entraîner une conjonctivite des nouveaux-nés	Responsable du trachome, qui affecte généralement les deux yeux	Affecte généralement les deux yeux
Allergie	Rare	Affecte généralement les deux yeux	Rare
Irritant chimique/ Remède oculaire traditionnel	Rare	Peut affecter un seul œil ou les deux à la fois	Peut affecter un seul œil ou les deux à la fois

Conjonctivite virale

Plusieurs virus sont susceptibles de provoquer une conjonctivite. Certains d'entre eux, comme les entérovirus et adénovirus, se propagent rapidement dans une communauté et entraînent des épidémies de conjonctivite (conjonctivite Apollo, par exemple) ; d'autres sont responsables principalement d'infections cutanées (molluscum contagiosum, herpès) qui peuvent s'étendre à l'œil si la paupière est touchée.

Conjonctivite à entérovirus ou adénovirus

Il s'agit d'une forme épidémique de conjonctivite qui affecte presque toujours les deux yeux à la fois. Les patients se plaignent par exemple d'une sensation de corps étranger, de larmoiements, de sécrétions, de rougeur et de paupières tuméfiées. Une photophobie et une vue trouble peuvent également être signalées. Les yeux ont un aspect rouge, avec sécrétions, mais la cornée et la pupille ne sont généralement pas affectées. Dans les cas graves, on observe parfois de petites hémorragies dans la conjonctive. Les patients peuvent également éprouver des symptômes liés aux voies respiratoires et d'autres symptômes généralisés (maux de gorge, fièvre, maux de tête). L'infection oculaire dure de 7 à 14 jours et se résorbe généralement spontanément. Elle est très contagieuse : après avoir examiné un patient, les agents de santé doivent donc se laver les mains et désinfecter les instruments qu'ils/elles ont utilisés.

Traitement : Il n'existe pas de traitement spécifique des conjonctivites virales et l'état du patient s'améliore spontanément. Un collyre antibiotique préviendra une infection secondaire par des bactéries et une pommade ophtalmique à la tétracycline pourra avoir un effet apaisant. Il ne faut jamais utiliser un collyre à base de stéroïdes dans le traitement d'une conjonctivite d'origine infectieuse.

Éducation sanitaire : Il faut expliquer aux patients que l'infection est très contagieuse, qu'ils ne doivent pas partager leur linge de toilette et doivent se laver les mains régulièrement. Dans les endroits où la médecine oculaire traditionnelle est très répandue, il faut décourager les patients d'y avoir recours et leur expliquer que leur état va s'améliorer.

Conjonctivite due au virus du molluscum contagiosum

Le virus responsable d'une infection cutanée appelée molluscum contagiosum peut également infecter l'œil, lorsque le molluscum est situé sur la paupière. Le patient (généralement un enfant) présente une ou plusieurs lésions sur les paupières, qui ont l'aspect de petits nodules ronds, fermes et blanchâtres. L'œil atteint est rouge, avec présence de sécrétions. Les patients séropositifs ou atteints du SIDA peuvent présenter des lésions multiples (Figure 1).

Suite à la page 6 ➤



Ben Naafs

Figure 1 : Les patients séropositifs ou atteints du SIDA peuvent présenter des lésions multiples dues au molluscum contagiosum

Traitement : Cette affection ne s'améliore pas spontanément et le traitement consiste à enlever les lésions sur les paupières au moyen d'une curette ou d'un instrument à bout arrondi.
Éducation sanitaire : Montrer aux mères et aux patients adultes comment enlever les lésions cutanées.

Blépharoconjonctivite herpétique

Cette affection est également plus répandue chez les enfants. Elle se manifeste par la présence autour d'un œil de vésicules remplies de liquide et par une rougeur et une douleur oculaires, parfois accompagnées de photophobie. Le traitement consiste en l'application locale d'un collyre antiviral ou d'une pommade antivirale (idoxuridine ou aciclovir, par exemple).
Éducation sanitaire : Il ne faut jamais utiliser de collyre à base de stéroïdes, car cela aggraverait l'infection.

Conjonctivite bactérienne

Conjonctivite aiguë

Une conjonctivite bactérienne, par opposition à une conjonctivite virale, a tendance à n'affecter qu'un seul œil ; en outre, les sécrétions sont généralement plus abondantes et la paupière est plus enflée. Le patient se plaint d'une irritation, d'une sensation de corps étranger et les paupières sont collées au réveil.
Traitement : Application locale d'un antibiotique à large spectre, une pommade à la tétracycline par exemple.

Conjonctivite à gonocoque

Trois groupes sont à risque de contracter une forme très grave de conjonctivite bactérienne, causée par un gonocoque (le microorganisme responsable de la blennorragie) : 1/ les nouveaux-nés, qui contractent l'infection durant l'accouchement ; 2/ les adultes, qui contractent l'infection durant des rapports sexuels ; 3/ toute personne, quel que soit son âge, qui utilise comme remède traditionnel de l'urine infectée par des gonocoques. Il est donc très important de parler au patient pour établir la source de l'infection.

Une infection à gonocoque doit être envisagée, quel que soit l'âge du patient (y compris s'il s'agit d'un nouveau-né), lorsqu'on observe les signes suivants : paupières très enflées, sécrétions épaisses et abondantes et ulcère ou perforation de la cornée (Figure 2).
Traitement des nourrissons : Nettoyer les paupières, ouvrir délicatement les yeux du nourrisson et appliquer une pommade à la tétracycline ou autre pommade antibiotique. Montrer à la mère comment nettoyer les yeux et appliquer la pommade elle-même. Une fois qu'elle sait appliquer la pommade, lui donner un tube de tétracycline (ou autre antibiotique), avec pour instruction de l'appliquer dans les yeux de son enfant toutes les heures. Expliquer qu'il s'agit d'une infection très grave et lui conseiller de se rendre de toute urgence dans un service de soins oculaires afin qu'elle-même et son enfant puissent recevoir une injection d'antibiotiques.
Traitement des adultes : Prescrire des antibiotiques sous forme de collyre ou de pommade et dire au patient d'appliquer le traitement toutes les heures. Expliquer au patient que l'infection est très grave et qu'il doit se rendre dans un service de soins oculaires.
Éducation sanitaire : Lorsqu'un nouveau-né souffre d'une conjonctivite et que l'on soupçonne une infection à gonocoque, il faut conseiller à la mère d'amener immédiatement son enfant dans un centre de soins oculaires où il pourra être traité. Les deux parents du nourrisson devront également recevoir un traitement. Il faut prévenir les communautés du danger que présentent les remèdes oculaires traditionnels, en particulier l'urine, car celle-ci est susceptible de provenir d'une personne affectée de blennorragie.

Pak Sang Lee

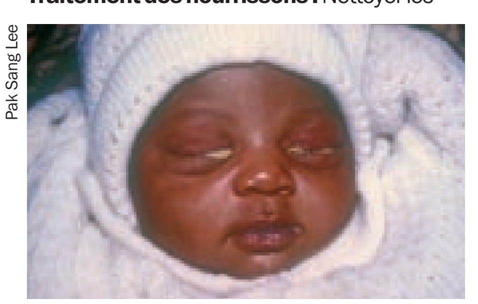


Figure 2 : Nourrisson souffrant d'une conjonctivite à gonocoque

Conjonctivite bactérienne chronique

Une infection bactérienne du bord des paupières peut entraîner une conjonctivite chronique. Le patient se plaint de paupières douloureuses et de douleur oculaire avec peu de sécrétions. L'examen révèle que les paupières sont épaissies, légèrement enflammées et présentent des croûtes. Les yeux sont d'apparence normale ou légèrement rouges.
Traitement : Il faut traiter l'infection des paupières qui est à l'origine de la conjonctivite. Appliquer une pommade ophtalmique à la tétracycline sur le bord des paupières, après les avoir nettoyées pour enlever les croûtes.

Conjonctivite à chlamydia

Le microorganisme responsable est *Chlamydia trachomatis*. Trois groupes d'individus sont exposés au risque d'une conjonctivite à chlamydia : 1/ les nouveaux-nés, qui peuvent contracter l'infection durant l'accouchement ; 2/ les enfants, qui développent un trachome ; 3/ les jeunes adultes, qui contractent l'infection durant des rapports sexuels.

Conjonctivite néonatale à chlamydia

L'infection se déclare quelques jours après la naissance et la mère remarque les paupières enflées du nourrisson et la présence de sécrétions. L'infection à chlamydia peut également toucher les poumons, les oreilles et le nez du nourrisson.
Traitement : Nettoyer les paupières et appliquer une pommade à la tétracycline. Montrer à la mère comment l'appliquer elle-même à son enfant et lui recommander de le faire quatre fois par jour. Le nourrisson doit également recevoir un traitement à base d'érythromycine par voie orale pour éliminer l'infection dans le reste de l'organisme.

Trachome

Le trachome est une infection qui affecte principalement les enfants. L'enfant n'éprouve parfois aucun symptôme ou peut se plaindre éventuellement d'une gêne oculaire et de sécrétions. L'examen révèle des paupières légèrement tuméfiées et abaissées, ainsi qu'une légère rougeur oculaire, éventuellement accompagnée de sécrétions. Le diagnostic peut être confirmé en éversant la paupière supérieure pour examiner la conjonctive tarsale. Pour éverser la paupière : 1/ demander à l'enfant de regarder vers le bas ; 2/ saisir les cils de la paupière supérieure ; 3/ placer un objet étroit, une allumette par exemple, 2 à 3 mm au dessus du bord de la paupière et parallèlement à celui-ci ; 4/ plier la paupière vers le haut, contre l'allumette. La paupière s'éversera.

Une infection active se traduit au niveau oculaire par un trachome inflammatoire folliculaire ou TF (Figure 3) ou un trachome inflammatoire intense ou TI (Figure 4).

ICEH

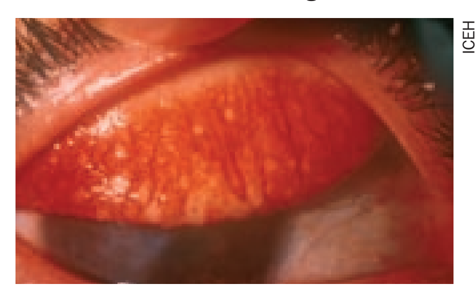


Figure 3 : Trachome TF. Présence d'au moins 5 follicules (petites taches blanchâtres) sur la paupière éversée, d'au moins 1 mm de large

ICEH



Figure 4 : Trachome TI. Infection très active : plus de la moitié du réseau vasculaire est masquée du fait de l'épaississement et de l'inflammation de la conjonctive tarsale supérieure

Traitement : Traiter l'enfant par une application topique de pommade à la tétracycline, trois fois par jour pendant six semaines, ou par l'administration par voie orale d'une dose d'azithromycine (20 mg par kilogramme de poids corporel).
Éducation sanitaire : Le trachome est une maladie communautaire qui affecte principalement les foyers les plus défavorisés. La présence d'un enfant atteint de trachome dans une communauté signifie généralement que d'autres enfants sont également affectés et que certains adultes ont vraisemblablement besoin d'une chirurgie des paupières. L'éducation sanitaire devrait se baser sur la stratégie CHANCE (voir *Revue de Santé Oculaire Communautaire*, vol. 1 n° 1, 2004 et vol. 2 n° 1, 2005).

Conjonctive allergique

On en distingue deux formes : chronique et aiguë.

Conjonctivite allergique aiguë

L'adulte ou l'enfant développe soudainement de fortes démangeaisons oculaires au contact d'une substance à laquelle il/elle est allergique (pollen ou poils de chat par exemple). Les paupières et la conjonctive sont très enflées, les yeux sont très larmoyants mais ne sont généralement pas rouges. Cet état s'améliore spontanément très rapidement.
Éducation sanitaire : La personne affectée doit rechercher ce qui a déclenché la réaction (par exemple un aliment qu'elle a consommé, ou un arbre sous lequel elle s'est assise) et tâcher d'éviter que la situation ne se reproduise à l'avenir. Il faut également conseiller au patient de ne pas se frotter les yeux car cela aggrave son état.

Conjonctivite allergique chronique (limbo-conjonctivite endémique tropicale ou kérato-conjonctivite vernale)

On ne connaît pas la cause d'une limbo-conjonctivite endémique tropicale, mais cette affection est souvent associée à de l'asthme et de l'eczéma et est probablement due à une réaction allergique de longue date. Ce type de conjonctivite se déclare généralement entre 3 et 25 ans. Le patient se plaint de démangeaisons chroniques, de sécrétions épaisses, claires et filamenteuses, de photophobie, de vue trouble et de décoloration des yeux. Lorsqu'on éverse les paupières, des papilles larges et plates apparaissent, ce qui confirme le diagnostic (Figure 5).
Traitement : Il est difficile de proposer un traitement au niveau primaire. Si les symptômes sont graves ou si la cornée a un aspect trouble, il faut adresser le patient à un service de soins oculaires spécialisés (voir pages 8 à 10).

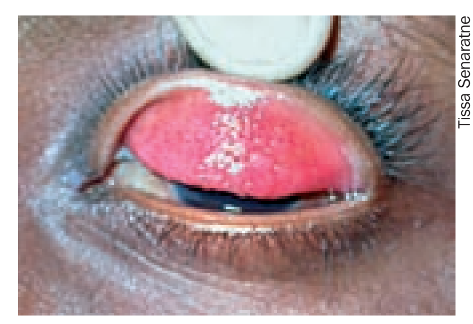

Tissa Senaratne

Figure 5 : L'éversion de la paupière supérieure montre la présence de papilles conjonctivales marquées, dans le cas d'une limbo-conjonctivite endémique tropicale ou kérato-conjonctivite vernale

Conjonctivite de contact

De nombreuses substances peuvent entraîner une réaction chimique lorsqu'elles entrent en contact avec l'œil (remèdes traditionnels ou agents conservateurs dans les collyres par exemple). Les signes cliniques ressemblent à ceux d'une conjonctivite d'origine virale, il est donc important de bien établir l'origine par l'interrogatoire (anamnèse).
Traitement : Demander au patient de ne plus utiliser la substance qui a déclenché la réaction. Une pommade ophtalmique à la tétracycline peut avoir un effet apaisant et empêche également la survenue d'une infection bactérienne secondaire.
Éducation sanitaire : Les patients ne doivent mettre aucune substance en contact avec leurs yeux, sauf si celle-ci leur a été prescrite dans un centre de santé oculaire, et ils ne doivent pas utiliser un collyre si le flacon est ouvert depuis plus d'un mois.

Équipement nécessaire au niveau primaire pour le diagnostic et la prise en charge d'une conjonctivite

- Échelle d'acuité visuelle
- Lampe torche
- Tampons propres pour nettoyer les yeux
- Pommade ophtalmique à la tétracycline
- Collyre à la povidone iodée

Résumé

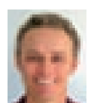
Les conjonctivites sont fréquentes mais elles menacent rarement la vue. Cependant, leur diagnostic précis et leur traitement immédiat au niveau primaire sont très importants : ils contribuent à gagner la confiance des membres de la communauté et réduisent le risque qu'ils aient d'abord recours à des remèdes traditionnels, qui sont susceptibles dans certains cas d'entraîner la cécité.

Tableau 2 : Signes cliniques d'une conjonctivite, en fonction de sa cause

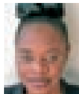
Cause de la conjonctivite	Unilatérale (U) ou Bilatérale (B)	Sécrétions	Rougeur	Autres signes ou symptômes	Traitement
Virale, forme épidémique	B	Claires	+++, +/-hémorragie conj.	Fièvre, mal de gorge	Pommade ophtalmique à la tétracycline ; collyre à la povidone iodée
Virale – herpès	U	Claires	+/-	Vésicules sur la paupière	Antiviral local
Virale – molluscum	U	Claires	+/-	Molluscum sur la paupière	Enlever le molluscum
Bactérienne – sauf gonocoque	U ou B	Purulentes ++	+++	Aucun	Pommade ophtalmique à la tétracycline ou autre antibiotique
Bactérienne – gonocoque	B	Purulentes +++++	++++	Paupières nettement enflées. Parfois ulcère cornéen	Antibiotiques à fréquence très régulière – adresser à un spécialiste
Chlamydia – nourrissons	B	Purulentes ++	++	Paupières enflées	Pommade ophtalmique à la tétracycline
Chlamydia – trachome	B	Purulentes +	+	Signes sur la paupière éversée	Pommade ophtalmique à la tétracycline ou azithromycine
Chlamydia – adultes	U ou B	Purulentes +	+	Aucun	Pommade ophtalmique à la tétracycline
Allergie – aiguë	B	Claires ++++	Minime	Paupières et conjonctive nettement enflées	Aucun – rassurer le patient
Allergie – chronique	B	Épaisses et filamenteuses	+	Signes sur la paupière éversée. Décoloration de l'œil	Pommade ophtalmique à la tétracycline sur les paupières – adresser à un spécialiste
Conjonctivite de contact	U ou B	Claires/ Purulentes	Variable	Parfois réaction au niveau des paupières	Pommade ophtalmique à la tétracycline



Limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET)



Anthony Hall
Directeur du département



Bernadetha Shilio
Médecin ophtalmologiste

Service d'ophtalmologie, Kilimanjaro Christian Medical Centre, PO Box 3010, Moshi, Tanzanie

Pourquoi l'allergie oculaire est-elle un problème pour les agents de santé oculaire ?

Pourquoi l'allergie oculaire et la kérato-conjonctivite vernale (KCV) ou « printanière », plus souvent dénommée par les auteurs francophones limbo-conjonctivite endémique tropicale (LCET), sont-elles un problème pour les agents de santé oculaire et les patients sous les climat chauds ?

Un grand nombre d'enfants sont affectés
Dans une clinique de soins tertiaires d'ophtalmologie pédiatrique en Afrique orientale, plus d'un quart des 2 250 enfants examinés présentaient une LCET. Un plus grand nombre encore, dans les consultations de cliniques de dépistage, se plaint de démangeaisons oculaires.

Une situation frustrante et une perte de temps
En général, un enfant atteint de LCET reçoit un flacon de collyre de stabilisateur de membrane et, lorsqu'il consulte à nouveau quelques mois plus tard, son état ne s'est apparemment pas amélioré. Dans d'autres cas, on donne au patient des collyres stéroïdes sans stabilisateur de membrane et on ne lui prodigue aucun conseil. Très souvent, les enfants vont d'une clinique à l'autre, pour recevoir un flacon de collyre stéroïde lorsque les symptômes deviennent insupportables. Cette situation est frustrante pour les patients comme pour les cliniciens. Plus de 50 % des patients présentent encore des symptômes au bout de 5 ans[1].

La maladie peut évoluer vers la cécité (Figure 4)
Jusqu'à 10 % des patients développent des ulcères de la cornée, pouvant entraîner une perte visuelle due à des atteintes cornéennes. Ce chiffre est sans doute plus élevé dans les pays chauds. D'autres patients constatent une gêne visuelle due à un glaucome ou une cataracte[2] ou encore un pannus cornéen très étendu (Figures 2 et 6).

Comment remédier à cette situation frustrante ?

1 En reconnaissant les caractéristiques de la maladie, en particulier les complications potentiellement cécitantes.
2 En faisant en sorte que ces patients reçoivent un traitement continu adéquat, grâce à une bonne éducation sanitaire du patient et un suivi régulier à long terme.

Reconnaître la maladie : caractéristiques cliniques

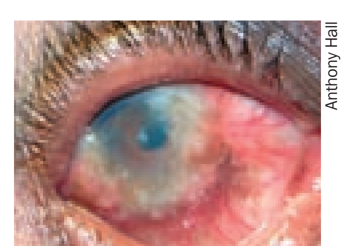
La LCET est une inflammation bilatérale chronique de la conjonctive. Elle est plus fréquente chez les jeunes garçons. La maladie touche les enfants âgés de trois à seize ans, mais elle peut également se manifester à un plus jeune âge et perdurer à l'âge adulte (Figure 1). Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent au moment de la puberté. Bien que l'adjectif « vernal » suggère un survenue saisonnière au printemps, la maladie persiste fréquemment toute l'année, c'est pourquoi dans les pays francophones l'appellation kérato-conjonctivite vernale a été abandonnée au profit de limbo-conjonctivite endémique des tropiques.

Symptômes
La liste des symptômes inclut de très fortes démangeaisons, une irritation, une photophobie (sensibilité à la lumière) et une sensation de brûlure. Le vent, la poussière, une lumière vive ou un climat chaud aggravent les démangeaisons. Certains patients se plaignent de sécrétions mucoïdes collantes et filamenteuses. Lorsque la cornée est atteinte, on observe une baisse de l'acuité visuelle.



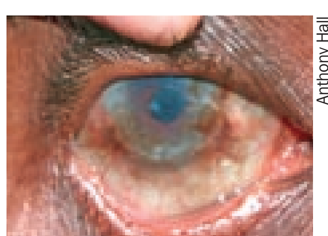
Anthony Hall

Figure 1 : Adulte présentant une limbo-conjonctivite endémique tropicale (LCET) grave de longue date



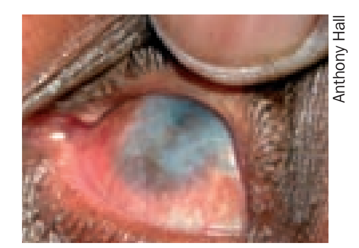
Anthony Hall

Figure 2 : Œil droit de la patiente de la Figure 1
Notez les vaisseaux dilatés de la conjonctive, les grains de Trantas, la cicatrice cornéenne et la vascularisation. Le tissu blanc dans la portion nasale de la pupille correspond à une opacification de la capsule postérieure après chirurgie de la cataracte.



Anthony Hall

Figure 3 : Œil droit de la patiente de la Figure 1
Une semaine après une injection de triamcinolone dans le tarse supérieur : la gêne oculaire et les signes d'inflammation ont disparu.



Anthony Hall

Figure 4 : Œil gauche de la patiente de la Figure 1
LCET cécitante, avec cicatrice cornéenne et vascularisation.

Signes

Pour découvrir les signes de la maladie, il faut procéder à un examen oculaire au moyen d'un biomicroscope ou de loupes grossissantes. Le test à la fluorescéine permet d'identifier une atteinte cornéenne, susceptible de menacer la vue. La maladie se caractérise par la présence de papilles géantes. Dans la forme palpébrale de la maladie, celles-ci se présentent sur la conjonctive tarsale supérieure comme des papilles géantes et aplaties, avec un aspect en pavage caractéristique. On a constaté des complications cornéennes chez 50 % des patients présentant les manifestations palpébrales de la maladie. L'atteinte cornéenne peut aller d'une kératite ponctuée superficielle à des ulcères en écus[3], qui laissent une cicatrice vascularisée.

La forme limbique de la LCET est plus courante chez les patients à peau brune et chez les femmes. Elle se caractérise par une hyperhémie, par la présence de papilles sur le limbe sclérocornéen et par des grains de Trantas. Ces derniers sont des amas de cellules épithéliales et d'éosinophiles. Un pannus gélatineux envahit parfois la cornée (Figure 6), pouvant entraîner sa néovascularisation (Figure 4). Au niveau de la conjonctive, on peut observer les changements suivants : hyperpigmentation (Figure 2), fibrose sous-conjonctivale, kératinisation et symblépharons.

La déficience visuelle est plus marquée chez les patients présentant des ulcères cornéens et des plaques dites « vernales ». Le médecin doit également être à l'affût des complications majeures que sont le glaucome et la cataracte, en particulier en cas d'utilisation prolongée de stéroïdes.

Proposer un traitement continu adéquat

Conseils

Une fois déterminée la gravité de la maladie, il faut établir un plan de traitement.

Dans les cliniques de district offrant des soins oculaires gratuits, nous examinons de nombreux groupes d'enfants et nous leur offrons des conseils. À ceux qui ne présentent aucun signe d'allergie oculaire, nous conseillons de se laver fréquemment le visage et d'utiliser des compresses froides. Aussi tentant que cela puisse être, il ne faut pas donner à ces patients de collyre à base de stéroïdes ou de cromoglycate. Un collyre, lorsqu'il n'est pas nécessaire, est susceptible d'aggraver leur état (Figure 7).

Les enfants souffrant d'une allergie oculaire, ainsi que ceux, plus gravement atteints, qui se présentent au centre de soins tertiaires sont examinés plus en détail et reçoivent des conseils personnalisés. Ces séances avec un conseiller, renforcées par les prospectus destinés aux patients, sont très importantes car elles permettent de briser le cycle du traitement inadapté et de la frustration qui en résulte.

Les séances de conseils permettent de souligner le caractère chronique de la maladie et d'expliquer que le collyre au cromoglycate de sodium met du temps à agir et qu'il faut donc continuer à l'utiliser même lorsque l'enfant se sent mieux. Lorsqu'on prescrit un collyre stéroïde à un enfant, on recommande de l'instiller fréquemment au départ. Il faut expliquer en outre que ce collyre ne doit être utilisé que pendant une courte durée, afin d'éviter des complications. La majorité des enfants et des parents réagissent très bien aux séances de conseils, de sorte que beaucoup d'entre eux reviennent pour un suivi avant qu'ils ne manquent de collyre ou que leurs symptômes ne s'aggravent. Un conseiller dévoué permet donc au clinicien très occupé de gagner un temps précieux.

Traitement médicamenteux

Le traitement dépend des symptômes et de la gravité de la maladie.

En cas de symptômes assez bénins sans complication cornéenne : prescrire un stabilisateur de membrane comme le collyre au cromoglycate de sodium ou un nouvel agent comme l'alomide ou le nédocromil. Si vous avez accès à un fabricant de collyre à faible coût, vous pouvez demander un collyre au cromoglycate de sodium à 4 % pour les cas plus graves. Des antihistaminiques topiques sont également efficaces.

Les stabilisateurs de membrane doivent être utilisés régulièrement trois à quatre fois par jour, même après disparition des symptômes, afin de stabiliser les mastocytes et empêcher la sécrétion d'histamine. Il ne sert à rien de les utiliser uniquement lorsque les symptômes sont présents car leur effet n'est pas immédiat. Bien utilisés, les stabilisateurs de membrane peuvent limiter ou éviter le recours à un collyre à base de stéroïdes. Ils ne présentent pas les effets secondaires des stéroïdes et peuvent donc être utilisés pendant une longue durée.

En cas d'atteinte cornéenne et de maladie plus grave : il devient nécessaire de prendre en charge les patients au niveau secondaire et tertiaire. Il faudra instiller un collyre stéroïde (prednisolone ou dexaméthasone par exemple), le traitement local le plus efficace pour une LCET grave. Il faut administrer également un stabilisateur de membrane à partir du moment où l'on commence le traitement par les stéroïdes. On doit utiliser les stéroïdes fréquemment au départ, puis diminuer leur utilisation jusqu'à l'arrêt complet, une fois que la phase aiguë de la maladie est stabilisée (généralement au bout de quelques semaines). Il faut toujours superviser un traitement à base de stéroïdes, car ceux-ci sont susceptibles d'agir sur la pression intraoculaire.

Lorsque le patient ne réagit pas au traitement classique : on peut prescrire des injections de stéroïdes[4] dans le tarse supérieur, administrées par un ophtalmologiste (Figure 5). Les stéroïdes à effet lent comme la triamcinolone ou à effet plus rapide comme la dexaméthasone peuvent juguler efficacement les signes oculaires. Certains résultats suggèrent que l'utilisation de stéroïdes à effet lent de type triamcinolone réduit le taux de récidive de la maladie. Théoriquement, les stéroïdes à effet lent comportent un risque d'augmentation permanente de la pression intraoculaire. Dans le cas des enfants, les injections doivent être administrées sous anesthésie générale. Cependant, on peut éviter le recours à l'anesthésie générale à partir de l'âge de douze ans, à condition de bien maîtriser l'anesthésie locale et d'expliquer correctement le traitement à l'enfant (Figures 8 à 10).

L'instillation quatre fois par jour d'un collyre à base de cyclosporine A diluée à 0,5-2,5 % dans de l'huile d'olive ou de ricin, si vous en disposez, est une alternative efficace à l'utilisation des stéroïdes dans le traitement des cas graves de LCET[5].

Un traitement cryothérapeutique de la conjonctivite palpébrale peut provoquer une inflammation supplémentaire sans pour autant avoir un effet bénéfique[2].

Le débridement des plaques de mucus précoces peut accélérer la réparation de défauts tenaces de l'épithélium. Des lentilles molles hydrophiles peuvent également aider à traiter ces défauts.

D'autres thérapeutiques d'appoint, comme les larmes artificielles, les compresses froides et les lunettes de soleil soulagent fréquemment le patient, mais elles sont généralement négligées.

Suite à la page 10 ➤



Anthony Hall

Figure 5 : Technique d'injection dans le tarse supérieur

Notez que l'aiguille est parallèle au bord supérieur du tarse et qu'elle pénètre du côté temporal.

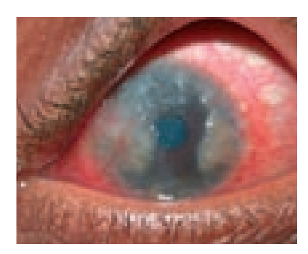
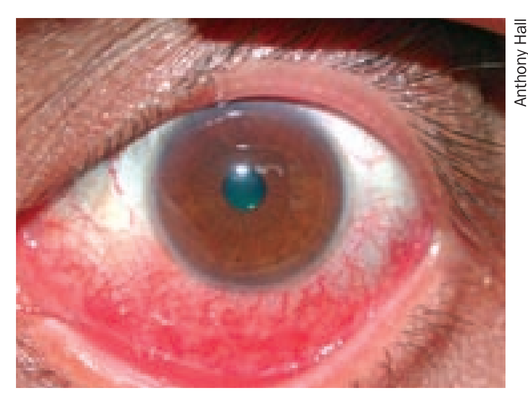


Figure 6 : Enfant présentant une forme limbique grave de LCET

Notez l'hyperhémie marquée, les grains de Trantas et l'envahissement de la cornée par un pannus épais et gélatineux.

Allergies aux médicaments

Les réactions allergiques de la conjonctive peuvent être provoquées par un médicament ou par son agent de conservation. La néomycine et la gentamicine sont des médicaments fréquemment allergéniques. Elles sont souvent prescrites en post-opératoire sous forme de collyre. À l'examen, on observe une tuméfaction des conjonctives et des paupières inférieures. La peau est parfois concernée par le processus allergique. La première mesure de traitement consiste à arrêter l'utilisation de l'allergène. On peut également avoir recours à des stéroïdes en traitement local pour soulager les symptômes. Dans bien des cas, malheureusement, le médicament responsable de l'allergie est prescrit pour un symptôme mineur parce que le patient réclame un collyre. Cela fait souvent plus de mal que de bien (Figure 7).



Anthony Hall

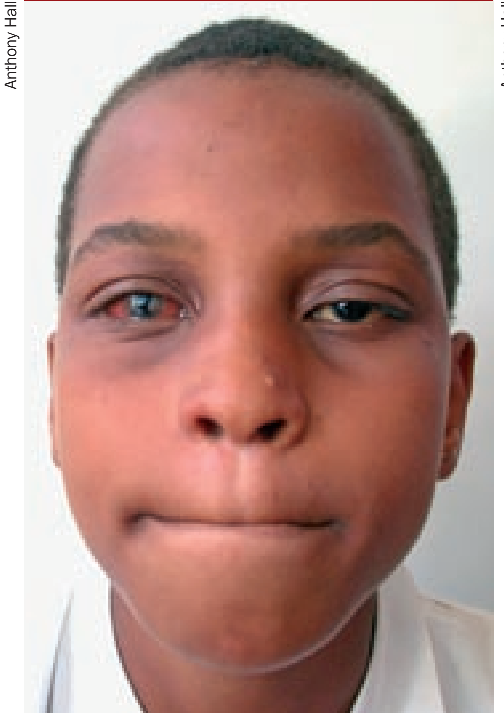
Figure 7 : Conjonctivite allergique iatrogène
Ce patient s'est présenté à un centre de santé. Il se plaignait d'yeux secs et de démangeaisons. On lui a prescrit de la gentamicine et un collyre à la prednisolone, qu'il a ensuite utilisés en continu pendant trois semaines. Il est revenu à la consultation, se plaignant que ses yeux étaient maintenant rouges et douloureux et que leur état s'aggravait avec l'instillation du collyre. Notez l'hyperhémie conjonctivale dans la moitié inférieure du globe. La partie supérieure est blanche et ne présente aucun symptôme.

Références

1. S. Bonini, S. Bonini S, M. Schiavone, M. Centofanti *et al.*, « Vernal keratoconjunctivitis revisited : a case series of 195 patients with long-term follow-up », *Ophthalmology*, 2000, **107**(6), 1157-63.
2. S. Bonini, M. Coassin, S. Aronni, A. Lambiase, « Vernal keratoconjunctivitis », *Eye*, 2004, **18**, 345-51.
3. J. A. Cameron, « Shield ulcers and plaques of the cornea in vernal keratoconjunctivitis », *Ophthalmology*, 1995, **102**, 985-93.
4. J. S. Saini, A. Gupta, S. K. Pandey, V. Gupta, P. Gupta, « Efficacy of supratarsal dexamethasone versus triamcinalone injection in recalcitrant vernal keratoconjunctivitis », *Acta Ophthalmol. Scand.*, 1999, **77**, 515-8.
5. N. Pucci, E. Novembre, A.Cianferoni *et al.*, « Efficacy and safety of cyclosporine eye drops in vernal keratoconjunctivitis », *Annal Allergy Asthma Immunol.*, 2002, **89**, 298-303.

Remerciements
Les auteurs tiennent à remercier le docteur Amos Kibata pour ses commentaires très utiles sur une première version de ce manuscrit. Le docteur Debbie Carmichael a mis en place les protocoles de prise en charge efficace de la LCET au KCMC et a préparé un prospectus d'information pour les patients.

Avant



Anthony Hall

Figure 8.

Après



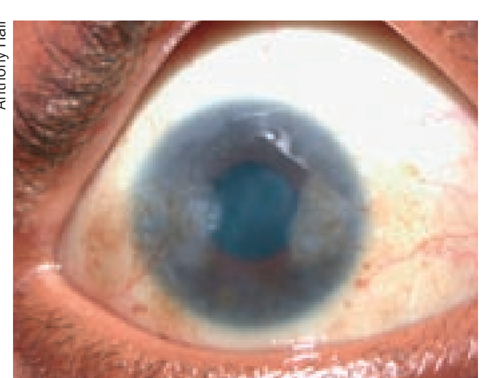
Anthony Hall

Figure 9.





Figure 10.



Anthony Hall

Figure 11.

Figure 8.
Une enfant de 13 ans présentant une LCET grave, essentiellement unilatérale. Notez la tuméfaction des paupières, l'hyperpigmentation autour de la paupière et la rougeur de la conjonctive. L'œil est larmoyant et la patiente paraît gênée. L'autre œil semble relativement normal en comparaison.

Figure 9.
L'enfant de la figure 8, un mois après une injection sous-conjonctivale de triamcinolone dans le tarse supérieur, sous collyre anesthésique local. Elle est heureuse et détendue. La tuméfaction des paupières a disparu. Elle peut maintenant ouvrir son œil, qui est blanc et sans symptômes. Son œil gauche, qui paraissait normal auparavant, est de toute évidence modérément atteint par une LCET également. Les paupières sont légèrement tuméfiées et la conjonctive limbique est rouge et épaissie. La patiente est tellement satisfaite du traitement de son œil droit qu'elle réclame une injection dans l'œil gauche.

Figure 10.
Enfant atteinte de LCET limbique grave. Ceci est un gros-plan de l'œil droit de l'enfant de la figure 8. Notez l'hyperhémie conjonctivale très nette, les grains de Trantas et l'envahissement de la cornée par un pannus gélatineux et épais.

Figure 11.
Œil droit de l'enfant des figures 8 et 9, un mois après une injection sous-conjonctivale de triamcinolone dans le tarse supérieur, sous collyre anesthésique local. Notez que l'hyperhémie conjonctivale a disparu. Le pannus épaissi et vascularisé s'est résorbé et a laissé une cicatrice plate légèrement pigmentée. Le pannus vasculaire accompagnant le pannus s'est également résorbé, à l'exception du plus gros vaisseau proche du nez. L'acuité visuelle s'est améliorée, passant de 3/10 à 10/10.

Traumatismes oculaires : prévention, évaluation et prise en charge

Karin Lecuona
Chef de service, Division of Ophthalmology, Groote Schuur Hospital and University of Cape Town, Private Bag, Observatory, 7937, Afrique du Sud.

Introduction

Les traumatismes oculaires sont fréquents. Beaucoup sont mineurs, mais s'ils ne sont pas pris en charge rapidement de façon satisfaisante, ils peuvent entraîner des complications qui menacent la vue. Les traumatismes graves peuvent entraîner une perte de la vision même avec une prise en charge spécialisée. La prévention de la cécité par traumatisme oculaire nécessite :

- une prévention des traumatismes oculaires (promotion sanitaire, y compris plaidoyer)
- une consultation précoce de la part du patient (promotion sanitaire et formation des agents de santé)
- une évaluation précise (soins oculaires primaires et premiers soins de bonne qualité)
- un transfert rapide des traumatismes graves nécessitant une prise en charge spécialisée.

Dessins d'écoliers du primaire, en Zambie, durant une activité « Dessine et écris » organisée par le docteur Boeteng Wiafe et Victoria Francis. 1993. Voir le *Livre d'activités sur les yeux sains*.



Cet homme a reçu un éclat dans l'œil en coupant du bois. *Tengeni Banda*

Cette fillette s'est brûlé les yeux en faisant cuire de la bouillie. *Rabecca Phiri*

Ce garçon a envoyé un ballon dans l'œil de son ami durant une partie. *Devies Phiri*

Quelqu'un a mis un bâton dans l'œil de ce garçon. *Thresser Banda*

L'interrogatoire

L'interrogatoire en cas de traumatisme doit être aussi précis que possible. Il doit recueillir des renseignements sur :

- tout ce qui est entré en contact avec l'œil
- ce que le patient était en train de faire au moment de l'accident
- tout traitement prodigué au patient.

L'interrogatoire doit être particulièrement précis lorsqu'il y a présence d'un corps étranger ou si l'on soupçonne une perforation du globe oculaire. Par exemple, si l'interrogatoire révèle que le patient a reçu un coup de manche à balai dans l'œil, cela suggère une contusion oculaire, mais si l'objet était le manche d'un balai vermoulu, il faudra chercher un corps étranger résiduel ; lorsque le patient a reçu un coup de poing, si l'interrogatoire révèle que l'assaillant portait une bague, il faudra rechercher des lacérations du globe oculaire en plus d'une contusion ou d'une tuméfaction des paupières et de l'orbite. Les morsures humaines ou les traumatismes pénétrants causés par des ustensiles de cuisine sales ou vieux peuvent entraîner une infection grave, qui devra être traitée par antibiothérapie générale. Lorsque deux objets métalliques entrent en contact (marteau et burin par exemple), la vitesse du fragment métallique est telle que celui-ci laisse des marques imperceptibles sur la cornée dans sa trajectoire au travers du globe oculaire vers le vitré. Au contraire, les débris d'un moteur à charbon se fixent comme corps étrangers cornéens dans l'épithélium de la cornée. Les corps étrangers intraoculaires comme le verre sont inertes, mais la réaction produite par un fragment de cuivre peut détruire la rétine en quelques jours. Dans le cas de traumatismes causés par une substance chimique, il est important d'établir le type de substance responsable, ainsi que la durée de son contact avec l'œil. Un irritant comme le poivre entraînera une gêne mais ne lèsera pas l'œil. Les brûlures chimiques par les alcalins et l'acide fluorhydrique sont les plus dangereuses. Les brûlures acides par des substances à faible pH ont tendance à être moins graves que les brûlures produites par des alcalins.

Principes de prise en charge des traumatismes oculaires

En cas de lacérations, en particulier si la blessure n'est pas propre, prendre des mesures prophylactiques contre le tétanos.

Érosion de la cornée

Les corps étrangers cornéens peuvent être enlevés sous anesthésie locale, en utilisant une loupe et un bon éclairage. C'est souvent le contact d'un doigt avec l'œil qui entraîne

Suite à la page 12 ➤

une érosion de la cornée. L'œil est alors extrêmement douloureux et peut être examiné après instillation d'un anesthésique. Une coloration à la fluorescéine mettra en évidence les défauts de l'épithélium (Figure 1). La prise en charge consiste en une antibiothérapie et un pansement oculaire pendant un jour.

La cornée peut également être atteinte lorsqu'on soude sans lunettes de protection. Le test à la fluorescéine met en évidence une coloration ponctuée diffuse sur toute la cornée et les symptômes sont semblables à ceux d'une érosion de la cornée, mais sont généralement bilatéraux. La prise en charge sera la même que pour une érosion de la cornée.

Traumatisme pénétrant (plaie ouverte du globe)

Tout patient présentant une plaie ouverte du globe oculaire doit être envoyé de toute urgence chez un spécialiste. Il faut placer une coque sur l'œil atteint, et non un pansement oculaire, car il ne faut exercer aucune pression sur l'œil. Une rupture du globe suite à une contusion oculaire (par exemple un coup de poing) doit être traitée de la même façon qu'un traumatisme pénétrant, même si la rupture est sous-conjonctivale (Figure 2).

Lacérations palpébrales et canaliculaires

Des lacérations simples peuvent être suturées. Lorsque les lacérations sont infectées, nettoyer et traiter par antibiothérapie générale. Il est préférable d'attendre avant de suturer. Dans le cas de lacérations touchant les bords palpébraux, il faut adresser le patient à un spécialiste qui maîtrise la technique permettant de faire coïncider avec précision les bords palpébraux. Dans le cas d'un traumatisme de la commissure interne des paupières, il faut vérifier qu'il n'y a pas déchirure du canalicule inférieur (on peut utiliser une sonde lacrymale). Si c'est le cas, adresser le patient à un spécialiste pour réparer le canalicule (Figure 3).

Hémorragie

On observe très souvent une hémorragie sous-conjonctivale après un traumatisme. Elle peut être prise en charge de manière classique (Figure 4). Toutefois, une hémorragie est parfois le seul signe d'une rupture du globe oculaire ; elle peut alors être associée à une faible pression intraoculaire (PIO) et une chambre antérieure anormalement profonde. On désigne par le nom d'hyphéma la présence de sang dans la chambre antérieure. Celui-ci fait suite généralement à une contusion oculaire et résulte d'une déchirure de l'iris. La pupille peut également être dilatée. Dans la plupart des cas, un hyphéma traité de manière classique se résorbe en 5 ou 6 jours. Une PIO élevée est une complication de l'hyphéma qui peut menacer la vue ; elle doit être traitée par de l'acétazolamide par voie orale (Diamox®). L'évacuation d'un hyphéma par intervention chirurgicale est très rarement nécessaire et comporte des risques particuliers. Il ne faut donc y recourir que dans des cas très spécifiques, à savoir :

- coloration de la cornée due à un hyphéma persistant
- PIO supérieure à 45 mm Hg pendant plus de quatre jours
- drépanocytose avec persistance de l'hyphéma et PIO élevée.

Le risque d'un nouvel épanchement de sang dans l'œil augmente en cas de prise d'aspirine et peut diminuer avec l'utilisation locale de stéroïdes. Après l'apparition d'un hyphéma, il faut conseiller aux patients d'éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant une semaine. Une hémorragie vitréenne est le signe d'un traumatisme intraoculaire grave et se caractérise par une diminution de l'intensité du reflet rétinien, par comparaison avec l'œil non affecté. Tous les cas d'hémorragie vitréenne doivent être adressés à un service spécialisé, afin d'exclure un diagnostic de rupture ou de perforation du globe oculaire, ou de tout autre complication pouvant menacer la vue, comme un décollement de rétine (Figures 5 et 6).

Traumatismes touchant le cristallin

Il peut y avoir subluxation ou même déplacement du cristallin. La PIO est susceptible d'augmenter lors de la phase aiguë et il peut devenir nécessaire d'extraire le cristallin. Les contusions, tout comme les traumatismes perforants, peuvent entraîner une cataracte, nécessitant une extraction très rapidement après le traumatisme en cas de complications ou bien plus tard une fois que l'œil sera remis du traumatisme.

Traumatismes orbitaires

Un proptosis ou une diplopie (dédoublement de la vision) suggèrent un traumatisme oculaire grave, qui devra être évalué et pris en charge par un spécialiste.

Brûlures oculaires

Les brûlures oculaires peuvent toucher les paupières, la conjonctive ou la cornée. Il est important de maintenir la cornée humectée et non exposée. Les premiers soins consistent à appliquer une pommade antibiotique en couche épaisse sur la conjonctive, la cornée et les paupières brûlées. Il ne faut pas appliquer de pansement oculaire, car cela

Tableau 1 : Définition des termes utilisés pour décrire les traumatismes oculaires

Terme	Définition
Érosion	Lésion au niveau de de l'épithélium cornéen. Peut être colorée à la fluorescéine. Cicatrise généralement en 24-48 heures
Contusion	Causée par un agent contondant. Apparaît au point d'impact ou à distance de celui-ci
Plaie fermée	La paroi du globe oculaire est intacte mais les structures oculaires sont atteintes
Rupture/éclatement	Plaie ouverte irrégulière due à un agent contondant, souvent à distance du point d'impact aux points les plus fragiles du globe oculaire : concentrique par rapport au limbe, juste derrière l'insertion des muscles extrinsèques, ou à l'équateur
Plaie ouverte	Une déchirure dans toute l'épaisseur de la paroi du globe oculaire ; peut être causée par un objet tranchant ou contondant
Lacération lamellaire	Causée par un objet tranchant, mais n'affectant pas toute l'épaisseur
Lacération	Pénétration dans toute l'épaisseur
Pénétration	Lorsque le corps étranger ou l'agent responsable du traumatisme pénètre dans le globe mais ne le traverse pas dans son entier
Perforation	Lorsque le globe est traversé dans son entier, avec une plaie « d'entrée » et une plaie « de sortie »

pourrait entraîner un ulcère de la cornée. Une greffe de peau sur les paupières pourra être nécessaire.

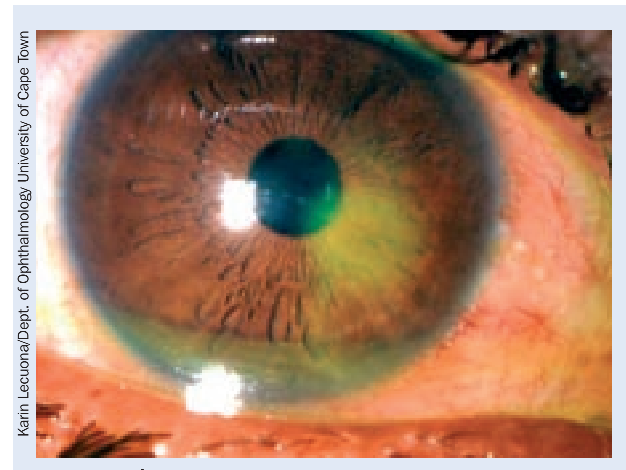
Substances chimiques en contact avec l'œil

En cas de contact de l'œil avec des substances chimiques, les premiers soins consistent à laver immédiatement et abondamment l'œil avec de l'eau propre, après avoir instillé un collyre anesthésique. Allonger le patient à plat et verser de l'eau en quantité abondante sur l'œil pendant au moins 15 minutes (voir page 20). L'œil peut alors être examiné à la fluorescéine pour mettre en évidence un ulcère éventuel de la cornée. En cas d'ulcère, administrer des antibiotiques en traitement local, poser un pansement oculaire et examiner le patient tous les jours. De nombreux traumatismes oculaires d'origine chimique sont causés par des acides (par ex. explosion d'une batterie de voiture) : dans ce cas, le pronostic est bon, car l'acide n'altère que les couches superficielles de la cornée. Les brûlures occasionnées par des alcalins (par ex. ammoniaque) sont moins fréquentes mais elles sont beaucoup plus graves. Dans ce cas, il faut adresser immédiatement le patient à un ophtalmologiste, car la prise en charge requiert des stéroïdes en traitement local intensif, de la tétracycline et un collyre à la vitamine C.

Ablation de l'œil –éviscération ou énucléation ?

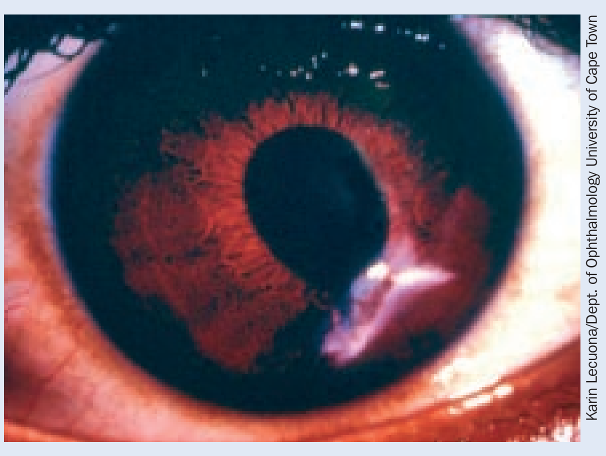
Si l'œil est douloureux et aveugle à la lumière, il faut envisager de l'enlever. On soupçonne parfois l'éviscération de comporter un risque d'ophtalmie sympathique, mais il existe peu de preuves étayant cette hypothèse. Dans les pays en développement, l'éviscération est sans doute plus adaptée (si l'affection n'est pas maligne) car il s'agit d'une procédure plus simple que l'énucléation, comportant moins de risque d'infection généralisée si l'œil est infecté, et dont les résultats sont meilleurs du point de vue esthétique. Elle peut en outre être pratiquée sous anesthésie locale.

Suite à la page 14 ➤



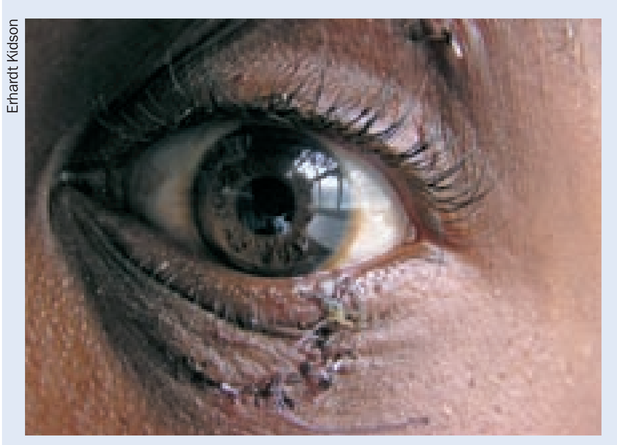
Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town

Figure 1 : Érosion de la cornée colorée à la fluorescéine



Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town

Figure 2 : Lacération de la cornée avec déformation de la pupille due à une hernie de l'iris



Erhardt Kidson

Figure 3 : En cas de lacération des bords palpébraux, il faut veiller à ce que les bords soient l'un en face de l'autre



Thilly Lecuona

Figure 4 : Cette hémorragie sous-conjonctivale et cette petite lacération recouvraient une lacération sclérale



Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town

Figure 5 : Nombreuses plaies punctiformes après une agression avec du verre brisé



Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town

Figure 6 : Lacération sclérale. Il s'agit du patient de la figure 5. La décoloration brune sous le limbe est le signe d'une hernie de l'iris à travers une lacération sclérale située juste sous le limbe. On observe également un hyphéma masquant une partie de la pupille



Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town

Figure 7 : Lorsqu'un patient se plaint de démangeaisons soudaines dans l'œil et qu'on ne trouve pas de corps étranger cornéen, il faut éverser la paupière pour détecter un éventuel corps étranger





Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town (2)

Figures 8 & 9 : Un coup de couteau dans le bord latéral de l'orbite a pénétré et entraîné la présence d'air dans la boîte crânienne, comme le montre la tomodensitométrie

En résumé

La prise en charge des traumatismes oculaires est difficile. Les compétences cliniques et chirurgicales, ainsi que l'équipement disponible, varient d'un endroit et d'un pays à l'autre, de sorte que la prise en charge des traumatismes oculaires graves requiert un ensemble de stratégies alternatives. En principe, si un agent de santé est capable de diagnostiquer et de traiter une affection, il ou elle peut prendre en charge ce cas particulier.

Les infirmiers spécialisés en ophtalmologie et les médecins généralistes peuvent prendre en charge les érosions de la cornée, la présence de corps étrangers superficiels sur la conjonctive, le tarse ou la cornée, ainsi que les petites lacérations des paupières n'atteignant pas les bords palpébraux. Les traumatismes comme les corps étrangers cornéens profonds et les hyphémas importants doivent être pris en charge dans des centres où l'on peut pratiquer un examen à la lampe à fente et mesurer la pression intraoculaire. Les plaies ouvertes du globe, les lacérations des paupières affectant les bords palpébraux ou les canalicules, les fractures avec enfoncement avec diplopie en position primaire, ainsi que tout corps étranger intraoculaire potentiel, doivent être adressés à un centre ophtalmologique bien équipé.

Dans la prise en charge des traumatismes oculaires, les pièges les plus courants à éviter sont :

- méconnaître un corps étranger dans le tarse (Figure 7)
- méconnaître un corps étranger intraoculaire
- confondre un ulcère avec une érosion de la cornée
- méconnaître des lacérations et des ruptures sclérales
- méconnaître un traumatisme crânien en cas de traumatisme orbitaire causé par un objet coupant (Figures 8 et 9).

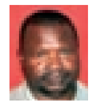
Cet article présente des conseils pour l'évaluation et la prise en charge des traumatismes oculaires. Chaque praticien peut prendre en charge les patients de façon différente, en fonction de l'équipement, des compétences, du financement et des moyens de transport disponibles.

Tableau 2 : Les signes oculaires à la suite d'un traumatisme et leur implication

Structure	Aspect et signes associés	Implication
Paupières	Lacérations des bords palpébraux	Devront être réparées en respectant l'anatomie
	Plaies punctiformes	Vérifier qu'il n'y a pas perforation du globe
	Atteinte de la commissure interne	Vérifier que le canalicule n'est pas sectionné
Conjonctive	Hémorragie sous-conjonctivale	Vérifier qu'il n'y a pas perforation ou lacération sclérale
Sclère	Décoloration grise ou brune de la sclère	Vérifier qu'il n'y a pas perforation ou lacération sclérale
Cornée	Corps étranger	Enlever le corps étranger
	Érosion	Traitement antibiotique et pansement oculaire
	Coloration ponctuée après soudure à l'arc	Même traitement que pour une érosion
	Lacération avec hernie de l'iris	Devra être réparée d'urgence
Chambre antérieure	Présence de sang dans la chambre antérieure – hyphéma	Se résorbe avec un traitement classique ; en cas de glaucome secondaire, abaisser la PIO avec du Diamox®
Pupille	Déformée	Vérifier qu'il n'y a pas de lacération avec hernie de l'iris et adresser à un spécialiste
	En forme de D – iridodialyse	Traiter de manière classique et surveiller l'apparition éventuelle d'un glaucome secondaire
Cristallin	Tremblotement de l'iris – probablement dû à un déplacement du cristallin	Nécessite généralement une ablation
	Cristallin d'aspect blanchâtre	Traumatisme du cristallin ayant entraîné une cataracte
Reflet rétinien	Absent ou de très faible intensité	Possible hémorragie vitréenne
Proptosis	Paupières enflées et œil globuleux	Fracture avec enfoncement de la paroi médiane et présence d'air dans l'orbite, contusion orbitaire ou hématome sous-périostique
Endophtalmie	Les yeux apparaissent plus petits - le globe oculaire est enfoncé	Fracture avec enfoncement du plancher orbitaire



Prise en charge des traumatismes oculaires au niveau primaire


Ansumana Sillah
Chirurgien de la cataracte/Gestionnaire de santé, National Eye Care Programme Manager, Box 950, Medical Headquarters, Banjul, Gambie.


Bakary Ceesay
Chirurgien de la cataracte
Deputy National Eye Care Programme Manager, Gambie.

Les traumatismes oculaires sont fréquents et représentent à l'échelle mondiale une cause importante de cécité unilatérale évitable. Les causes des traumatismes sont variables mais, à en juger par notre expérience en Gambie et au Sénégal, ils surviennent plus fréquemment durant la saison des travaux agricoles et parmi les ouvriers métallurgistes dans de petites usines, travaillant sans lunettes de protection. Les traumatismes oculaires causés par des branches sont courants chez les enfants et les agriculteurs ; ce sont parfois des traumatismes perforants qui entraînent rapidement une infection de l'œil blessé. Les contusions oculaires sont fréquentes chez les enfants, qui peuvent être atteints par un lance-pierres ou un caillou. Un environnement poussiéreux est fréquemment responsable de traumatismes dus à un corps étranger fiché dans la cornée, la conjonctive ou sous le tarse.

Les traumatismes sont souvent évitables, aussi l'éducation au niveau de la communauté est de grande importance. Les agents de santé villageois et les bénévoles communautaires (comme l'association « Nyateros » ou « Amis de l'œil » en Gambie) jouent un rôle important dans la promotion des bonnes pratiques de santé oculaire.

Un réseau d'infirmiers communautaires spécialisés en ophtalmologie peut prodiguer des premiers soins adéquats puis envoyer les patients du village vers un centre spécialisé de soins secondaires ou tertiaires. Ceci peut réduire de façon significative la déficience visuelle et la cécité entraînées par les traumatismes oculaires. Les centres de santé peuvent se préparer à prendre en charge les traumatismes oculaires de la façon suivante :

- en s'assurant que leur personnel est capable d'évaluer les traumatismes oculaires et de prodiguer les premiers soins de base correspondant à leur niveau de formation
- en s'assurant que les stocks d'équipement, de médicaments et de consommables sont suffisants pour l'évaluation et les premiers soins en cas de traumatisme oculaire
- en ayant un plan de transfert des patients, prenant en compte les établissements spécialisés les plus proches et les différentes options pour transporter des patients en cas d'urgence.

Le tableau ci-dessous peut servir d'outil de référence aux agents de santé communautaires face à un traumatisme oculaire dans leur clinique ou leur communauté.

Premiers soins en cas de traumatisme oculaire

Photos : Helen Keller et ICEH

Cause du traumatisme	Brûlures	Corps étranger (CE)	Contusion oculaire	Traumatisme perforant	Lacération palpébrale
Variations	Chimiques, thermiques ou dues à des radiations	Dans la conjonctive, dans la cornée ou sous le tarse (sous la paupière supérieure)	Présence de sang dans la chambre antérieure (hyphéma)	Perforation sclérale ou cornéenne	Lacération touchant le bord palpébral ou le canalicule
Douleur	Importante	Légère/Modérée	Légère/Modérée	Importante	Modérée
Vision	Réduite	Vision altérée lorsque la partie centrale de la cornée est concernée	Réduite	Réduite	Normale
Examen à la lampe torche	Œil rouge et cornée voilée	CE visible dans la conjonctive, la cornée ou sous la paupière	Sang visible dans la chambre antérieure. Pupille éventuellement dilatée	Cornée voilée et pupille éventuellement déformée avec hernie de l'uvée. Chambre antérieure peu profonde	Lacération visible
Prise en charge	**Premiers soins** / **Transférer**	**Enlever ou Transférer**	**Évaluer** / **Transférer**	**Transférer d'urgence**	**Transférer**
	Laver abondamment à l'eau propre immédiatement, sans oublier qu'il peut y avoir des particules sous la paupière. Appliquer une pommade antibiotique et transférer immédiatement vers un service ophtalmologique	Enlever avec le coin d'un tissu propre. Si le CE est sur la cornée, utiliser délicatement une allumette recouverte de coton. Transférer si le CE ne peut être enlevé	Conseiller le repos ; transférer si l'hyphéma est grave ou ne s'améliore pas après 3 jours au lit. Les analgésiques administrés ne doivent pas contenir d'aspirine	Transférer immédiatement vers un service ophtalmologique. Administrer immédiatement 0,5 ml d'anatoxine tétanique	Transférer vers un service ophtalmologique afin d'assurer que les bords palpébraux sont bien l'un en face de l'autre. Administrer immédiatement 0,5 ml d'anatoxine tétanique



Prévenir la cécité par traumatisme oculaire grâce à l'éducation sanitaire



Reggie Seimon
Chef de service ophtalmologique, Suvasevana Hospitals (Pvt) Ltd, 586 Peradeniya Road, Kandy, Sri Lanka.

Les traumatismes oculaires surviennent sans prévenir. Une personne peut jouir d'une vision parfaitement normale de ses deux yeux et, l'instant d'après, se retrouver aveugle ou tout au moins souffrir de douleur intense. Pour cette raison, nous devons faire preuve d'une vigilance constante et être conscients des situations pouvant entraîner un traumatisme. Les traumatismes oculaires peuvent être bénins ou graves. Toutes les précautions doivent être prises pour les éviter. Un traumatisme grave est pratiquement irréversible et il vaut toujours mieux prévenir que guérir. L'éducation sanitaire a pour rôle de sensibiliser la population, afin que chacun sache protéger ses yeux et ce qu'il faut faire en cas de traumatisme oculaire.

Les occasions de sensibiliser à la protection des yeux

1. Enseigner à tous les enfants, dès la maternelle, quels sont les objets, les évènements et les actions qui peuvent entraîner des traumatismes oculaires.
2. Éduquer les mères, car elles sont les premières concernées par la santé au sein du foyer.
3. Sensibiliser le maximum de personnes aux traumatismes oculaires, par exemple lorsqu'on se trouve en tête-à-tête, afin de ne jamais laisser passer l'occasion de sensibiliser quelqu'un aux dangers qui menacent potentiellement les yeux et à ce qu'il faut faire en cas de traumatisme.
4. Sensibiliser certains groupes aux traumatismes oculaires, par exemple ceux qui partagent une profession ou une activité, tels les soudeurs, les footballeurs, les cyclistes et les ouvriers. Au niveau du groupe, les messages peuvent être transmis par des agents de santé communautaires, des enseignants, des entraîneurs sportifs, des bénévoles et des journalistes, qui devront eux-mêmes être dûment formés.
5. Sensibiliser le grand public aux traumatismes oculaires, par le biais de médias appropriés : textes imprimés (par ex. journaux), moyens de communications électroniques (radio et télévision par ex.) et non électroniques (théâtre de rue, spectacles de marionnettes par ex.).
6. Recommander aux dirigeants et aux décideurs d'introduire et de mettre en application des mesures de prévention de la cécité par traumatisme, par exemple des lois concernant l'inspection du travail, le port de la ceinture en voiture, l'interdiction des pétards et des feux d'artifices, etc.
7. Plaider au niveau mondial en faveur de mesures comme l'interdiction des mines antipersonnel. Du point de vue de la sensibilisation, il nous faut analyser les types de situations ou d'activités humaines qui présentent un risque de cécité par traumatisme oculaire. La liste en est longue et varie d'un endroit à l'autre. Pour commencer, il est utile de réfléchir systématiquement aux différents risques de traumatismes dans le contexte sanitaire qui est le vôtre.

Corps étrangers

Situations à risque

Corps étranger se déplaçant à grande vitesse. Par exemple :

- au cours des travaux de moisson
- au cours du traitement des céréales
- particules projetées par une meuleuse à grande vitesse.

Éclats. Par exemple :

- utilisation d'un marteau sur un burin à froid.

Déplacement à grande vitesse dans un véhicule découvert. Par exemple :

- moto
- bicyclette
- hors-bord.

Messages-clés pour la prévention des traumatismes oculaires dus à un corps étranger

- Il faut porter des lunettes de protection dans toutes les situations citées ci-dessus.
- Les enfants ne doivent pas se pencher à la fenêtre d'un véhicule en déplacement.

Corps étrangers multiples

Situations à risque

- la périodes des fêtes, que l'on célèbre souvent avec des pétards et des feux d'artifices
- destruction de rochers par des explosifs ou explosions liées au terrorisme
- fusillades, entraînant des blessures multiples par éclats d'obus.

Messages-clés pour la prévention des traumatismes oculaires dus à des corps étrangers multiples

- Décourager l'achat et l'utilisation de feux d'artifices à la maison.
- Faire tremper les feux d'artifices dans l'eau avant de les jeter à la poubelle.
- Ne pas laisser les enfants ou les adolescents allumer des feux d'artifice.
- Porter des vêtements protecteurs si l'on manipule des explosifs.

Traumatismes perforants

Situations à risque

Situations à risque à la maison ou dans le jardin. Par exemple :



Panneau Stop à la cécité

Sri Lanka Eye Foundation

- Jouer avec des objets pointus, des bâtons, des crayons taillés, des stylos, certains jouets, des ciseaux, des compas métalliques.
- Jouer avec des chattons – trop près du visage
- Jouer avec des petits oiseaux blessés peut entraîner un traumatisme grave avec hernie de l'iris, en cas de coup de bec
- Lorsqu'on laisse un nourrisson couché sur un tapis dans la cour ou dans le jardin, on l'expose aux coups de bec de la basse-cour La brillance de la cornée attire les volatiles
- Jouer avec des arcs et des flèches, par exemple, en imitant des héros de la télévision.

Déplacements

- Accidents de la route.

Agressions

- armes tranchantes
- blessures par balle
- explosion violente.

Lieu de travail et accidents agricoles

- cueillir des fruits en utilisant un couteau attaché à un long bâton ou à une perche
- traumatismes causés par des équipements industriels.

Messages-clés pour la prévention des traumatismes perforants

- Parents et enfants doivent éviter les situations qui exposent les yeux à des objets pointus ou tranchants.
- Ne pas laisser les enfants jouer avec des objets pointus.
- Les fabricants de jouets doivent faire en sorte que leurs jouets soient les plus sûrs possibles.
- Les employeurs doivent s'assurer que leurs employés sont informés des situations à risque et doivent leur fournir des lunettes de protection.
- Ne pas tenter d'enlever quelque chose qui est coincé dans l'œil ; couvrir celui-ci avec un gobelet en papier ou un objet propre et demander de l'aide.

Brûlures thermiques

Situations à risque

Substances ou objets à la portée des enfants. Par exemple :

- soupe chaude
- eau bouillante
- fers à repasser.

Messages-clés pour la prévention des brûlures oculaires thermiques

- Ne pas laisser les liquides bouillants à la portée des enfants.
- S'assurer que les enfants ne peuvent pas atteindre les casseroles posées sur le feu.
- Débrancher le fer à repasser ou le fixer au mur hors de portée des enfants.

Brûlures chimiques

Très souvent, celles-ci atteignent les deux yeux et une partie du visage. La peau des paupières brûlées se contracte, entraînant une kératite grave par exposition et une perte de l'œil.

Situations à risque

Substances dangereuses laissées à la portée des enfants. Par exemple :

- produits ménagers contenant très souvent des acides ou des alcalins, fongicides, désherbant, pesticides.

Négligence lors de l'utilisation de substances dangereuses

- brûlures alcalines : projections d'oxyde/d'hydroxyde de calcium (chaux)
- brûlures acides : batterie de voiture
- utilisation des acides dans les usines.

Agression violente

- acide jeté au visage par un agresseur.

Messages-clés pour la prévention des brûlures oculaires chimiques

- Ranger le désherbant, les pesticides et les fongicides, les acides et l'alcool dans un local ou un placard fermés à clef.
- Porter des lunettes et des vêtements de protection dans des situations où le risque industriel est élevé.
- Créer et mettre en application des lois pour punir les personnes responsables d'attaques à l'acide.
- Si un produit chimique est projeté dans l'œil, laver immédiatement celui-ci à l'eau et demander de l'aide (se référer aux instructions sur le lavage de l'œil à la page 20).

Brûlures par rayons ultraviolets

Situations à haut risque

Une exposition prolongée aux ultraviolets peut entraîner des brûlures graves de la cornée et du visage. Les rayons ultraviolets possèdent la pus petite longueur d'onde du spectre lumineux et ne peuvent traverser la cornée. C'est l'épithélium cornéen qui est le plus affecté. Les rayons entraînent une désépithélialisation qui provoque une douleur intense, puis il y a réépithélialisation. Exemples :

- soudure à l'arc (« coup d'arc »)
- ski pendant une longue durée
- regarder directement une source de lumière ultraviolette.

Messages-clés pour la prévention des brûlures par ultraviolets

- Tous les soudeurs doivent porter un bouclier de protection.
- Porter des lunettes sombres avec des filtres anti-UV en cas de forte exposition aux rayons ultraviolets.

Brûlures maculaires après éclipse de soleil

Les brûlures à la suite d'une éclipse sont la cause d'une cécité provoquée par le patient lui-même.

Message-clé pour la prévention des brûlures maculaires durant une éclipse de soleil

- Ne jamais observer une éclipse solaire sans protection. Il faut absolument utiliser un appareil de visionnage spécial ou un film photographique. Sinon, la partie la plus centrale de l'œil, la macula, sera brûlée par le soleil.

Contusions oculaires

Situations à risque

Situations où un objet est susceptible de heurter l'œil, par exemple :

- n'importe quel sport, mais tout particulièrement le squash et la boxe
- ouverture d'une bouteille de champagne sans faire suffisamment attention
- agression.

Messages-clés pour la prévention des contusions oculaires

- Apprendre aux enfants à faire attention lorsqu'ils jouent avec un ballon ou une balle.
- Prévenir les enfants des dangers des jeux violents.
- Encourager les sportifs et sportives à porter des lunettes de protection lorsqu'ils pratiquent un sport à haut risque comme le squash.

Traumatismes palpébraux

Situations à risque

Clous pointus au niveau des yeux

- clous assez longs et crochets fixés au montant d'une porte
- un crochet fixé à une poutre pour accrocher une lampe peut déchirer toute la paupière supérieure, lorsqu'un groupe d'enfants court dans la maison.

Attaque par un animal

- avulsion ou déchirure des paupières lorsqu'un enfant est attaqué par un chat ou un chien
- un adulte pourra être atteint de la même façon s'il est attaqué par un ours ou par un taureau.

Messages-clés pour la prévention des déchirures des paupières

- Les adultes doivent s'assurer qu'il n'y a pas de crochets ou de clous à hauteur des enfants.
- Surveiller les enfants lorsqu'ils jouent avec des animaux.

Ne laissons pas nos enfants perdre la vue !

Les traumatismes oculaires sont en grande majorité évitables. Ils sont le plus souvent retrouvés parmi les tranches d'âge les plus jeunes. La promotion sanitaire est la principale intervention pour prévenir la cécité par traumatisme oculaire. Les agents de santé oculaire doivent collaborer avec les enseignants, les professionnels des médias et les éducateurs sanitaires, afin de sensibiliser le grand public. Ils doivent également influencer les décideurs politiques et les dirigeants afin de minimiser les risques auxquels la population est exposée : les produits ménagers et industriels potentiellement dangereux doivent être emballés et étiquetés de façon adéquate ; le port des lunettes de protection doit être encouragé dans des situations dangereuses et, si nécessaire, il doit faire l'objet d'une loi ; enfin, il faut examiner les jouets et l'environnement des enfants, pour s'assurer qu'ils ne présentent pas de risque pour leurs yeux. Dans la mesure où certains accidents ne peuvent être évités, l'éducation sanitaire doit faire comprendre que les traumatismes oculaires sont une urgence médicale et que les patients doivent rechercher de l'aide sans attendre. L'éducation sanitaire doit également prévenir la population que, bien qu'il faille prodiguer les premiers soins à domicile lorsqu'un produit chimique a été projeté dans l'œil, dans tous les autres cas il est dangereux de se traiter soi-même.



Ne laissons pas nos enfants perdre la vue. GHANA

Jenny Matthews/Sight Savers International

ÉTUDE DE CAS

Réduire les traumatismes oculaires au Sri Lanka


Sri Lanka Eye Foundation

Traumatisme dû à des feux d'artifice. SRI LANKA

Reggie Seimon

La *Sri Lanka Eye Foundation* œuvre pour la prévention des traumatismes oculaires depuis 1982. À l'époque, on répertoriait plus de 400 traumatismes oculaires survenant au moment de la période des fêtes de Sinhala, du Nouvel An tamoul (mi-avril) et de Noël. Tous étaient dus à des feux d'artifices. Pour aborder ce problème, une pièce de huit minutes fut produite et diffusée à la radio nationale. Un débat fut diffusé à la télévision nationale, après les heures de grande écoute ; la discussion, entre le présentateur et deux membres de notre organisation, était basée sur la projection de diapositives montrant les traumatismes oculaires survenus l'année précédente. Par ailleurs, des affiches de 120 cm x 60 cm, sur le mode de la bande dessinée, furent peintes sur des plaques en aluminium et fixées à l'arrière des cars interurbains. Ces mêmes affiches sont encore imprimées sur papier aujourd'hui, à 1 000 exemplaires par an. Le lot de sept affiches est distribué gratuitement aux écoles, utilisé dans des lieux publics et distribué à chaque agent de santé primaire (le Sri Lanka compte 6 000 agents de santé primaire formés), à chaque bénévole en formation, aux journalistes, aux ouvriers d'usine et aux enseignants.



Affiche de sensibilisation aux feux d'artifice. SRI LANKA

La prévention des traumatismes oculaires dus à la chaux est un autre objectif de la promotion sanitaire. Au Sri Lanka, un mélange d'oxyde et d'hydroxyde de calcium (chaux éteinte) est emballé dans de petits sachets en plastique de 2,5 cm par 5 cm. Les enfants jouent avec ces sachets et soufflent dedans, de sorte que la chaux entre en contact avec l'œil. Juste après l'accident, l'aspect de l'œil est presque normal, mais par la suite des vaisseaux sanguins envahissent petit à petit la cornée. Les campagnes de prévention des brûlures oculaires par la chaux conseillent au grand public de ne pas acheter les paquets de chaux ou bien, le cas échéant, d'ouvrir un côté du paquet et d'en transférer le contenu dans un récipient de type soucoupe ou feuille de bétel. Les efforts pour résoudre le problème à la source n'ont pas vraiment abouti : les fabricants n'ont pas suivi les conseils prodigués et continuent d'emballer le mélange dans des sachets en plastique ; par ailleurs, une requête auprès du ministère du commerce, pour interdire le conditionnement en petits sachets, n'a pas abouti. Cependant, grâce aux efforts prolongés de l'éducation sanitaire, de nos jours les enfants ne présentent pratiquement plus de brûlures à la chaux.



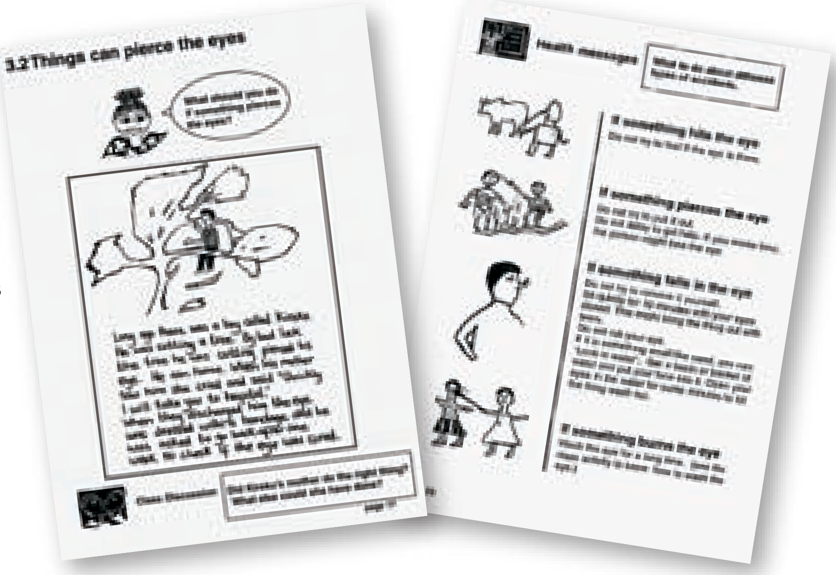
Affiche de sensibilisation aux brûlures à la chaux. SRI LANKA

ÉTUDE DE CAS

Sensibiliser aux traumatismes oculaires et développer du matériel pédagogique en faisant participer les enfants

Victoria Francis et **Boeteng Wiafe**

Le *Livre d'activités sur les yeux sains* (voir ressources utiles à la page 24) est basé sur une recherche menée dans trois pays d'Afrique auprès d'écoliers vivant en milieu rural. Cette étude a utilisé la technique « dessine et écris », qui permet aux enfants d'exprimer leurs opinions et de traduire leurs expériences. Beaucoup d'enfants ont évoqué des accidents comme sources de traumatismes oculaires et nous avons utilisé une sélection de leurs histoires illustrées pour développer ce livre d'éducation sanitaire. Notre idée était de créer un livre d'activités qui raconte des histoires avec les mots qu'utilisent enfants et ainsi d'encourager les jeunes lecteurs à réfléchir aux dangers potentiels liés à leurs activités et à leur environnement. Chaque histoire est suivie d'informations sur ce qu'il faut faire en cas de traumatisme oculaire.





Soins oculaires



Sue Stevens
International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street , London WC1E 7HT, Royaume-Uni.

Les agents de santé oculaire pratiquent de nombreux gestes de routine. Parfois, de mauvaises habitudes se développent, ce qui fait que de nouveaux membres de l'équipe de santé risquent de faire l'apprentissage de méthodes qui ne sont pas sûres. Notre *Revue de Santé Oculaire Communautaire* lance une série de rubriques sur certains savoir-faire pratiques qui seront, chaque fois que ce sera possible, en relation avec les thèmes abordés dans le numéro.

N'oubliez pas – il faut se laver les mains avant et après chaque geste de soin !

Pak Sang Lee



Comment instiller un collyre

Indications
- Examen oculaire – par ex. dilatation de la pupille
- Diagnostic – par ex. coloration de la cornée
- Traitement de maladies oculaires – par ex. collyre antibiotique.

Matériel nécessaire
- Tampon ou mouchoir en papier propre
- Collyre prescrit (le conditionnement peut varier).

Préparation
- Vérifiez que le collyre n'est pas périmé
- Vérifiez le nom du patient et vérifiez que le collyre correspond bien à l'ordonnance.

Méthode
- Enlever le bouchon (ou sortez la pipette) du collyre

  Ne pas utiliser si le collyre est décoloré !
- Demandez au patient de regarder vers le haut
- Utilisez l'index d'une main et un tampon ou un mouchoir plié pour abaisser **délicatement** la paupière inférieure

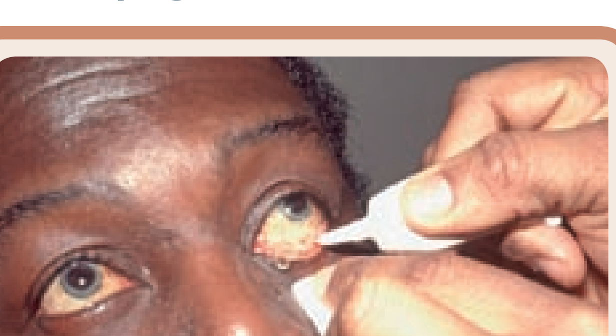
  Ne retournez pas trop la paupière, car les gouttes risqueraient alors de tomber sur la joue.
- Tenez la bouteille ou la pipette entre le pouce et l'index de l'autre main, appuyez la tranche de la main contre le front du patient au-dessus de l'œil affecté
- En maintenant le compte-gouttes 5 cm environ au-dessus de l'œil, appuyez sur la bouteille ou sur la poire de la pipette et faites tomber une ou deux gouttes au centre de la paupière inférieure

  Ne faites pas tomber la goutte sur la cornée car cela peut être douloureux et cela inquiétera le patient qui se sentira moins en confiance.

  Ne mettez pas l'embout ou la pipette en contact avec la paupière ou les cils, car elle ne sera plus stérile et devra alors être jetée.
- Demandez au patient de fermer les yeux et essuyez le surplus de liquide.

Et enfin
- Refermez la bouteille.

Pak Sang Lee



Comment appliquer une pommade oculaire

Indications
- Traitement par antibiotiques d'une atteinte superficielle de la cornée
- Permettre l'action lente d'un médicament en application locale par exemple :
  – dans le cas d'un enfant
  – application d'une pommade durant la nuit, après instillation d'un collyre durant la journée
  – lors du port à long terme d'un pansement oculaire.

Matériel nécessaire
- Tampon ou mouchoir en papier propre
- Pommade prescrite (la forme et la couleur du conditionnement peuvent varier).

Préparation
- Vérifiez que la pommade n'est pas périmée

  Prenez bien le temps de lire la date de péremption car elle n'est pas toujours facile à trouver. Certains tubes sont conditionnés dans une boîte où la date de péremption est clairement indiquée.
- Vérifiez le nom du patient et vérifiez que la pommade correspond bien à l'ordonnance
- Enlevez le bouchon de la pommade
- Demandez au patient de regarder vers le haut.

Méthode
- Utilisez l'index d'une main et un tampon ou un mouchoir plié pour abaisser délicatement la paupière inférieure
- Avec l'autre main, saisissez le tube de pommade et dirigez l'embout vers le coin interne de l'œil
- Appuyez doucement sur le tube pour faire sortir environ 1 cm de pommade en ligne fine le long de la paupière inférieure (comme si vous mettiez du dentifrice sur une brosse à dents !)

  Ne touchez pas l'œil avec l'embout du tube !

  Ne touchez pas la paupière ou les cils avec l'embout du tube, car il ne sera plus stérile et devra être jeté.
- Essuyez le surplus de pommade lorsque le patient ferme l'œil.

Et enfin
- Refermez le tube.

Comment laver l'œil

Sue Stevens



Indications

- Lavage abondant de l'œil après des brûlures basiques ou acides
- Prévention des cicatrices cornéennes ou conjonctivales
- Extraction de corps étrangers oculaires multiples.

Il s'agit d'une situation d'urgence – il est capital d'agir rapidement et méthodiquement.

Ne perdez pas de temps à vérifier l'acuité visuelle, procédez au lavage oculaire.

Les solutions basiques et acides peuvent sérieusement endommager la vue.

Matériel nécessaire

- Bandelettes de mesure de pH ou papier de tournesol, si disponible
- Collyre anesthésique local
- Serviette
- Bâche imperméable
- Coton-tiges
- Blépharostat
- Haricot
- Tampons de gaze
- Petites pinces
- Petit récipient avec un bec verseur, par ex. tasse à bec
- Solution de lavage – par ex. sérum physiologique si disponible. Sinon, utiliser de l'eau propre à température ambiante.

Préparation

- Si vous en avez à disposition utilisez des bandelettes de mesure du pH ou du papier de tournesol pour évaluer le caractère acide ou basique des sécrétions causées par le traumatisme
- Prendre deux petites bandelettes et les poser légèrement à l'intérieur de chaque paupière inférieure
- Comparer la couleur obtenue avec l'échelle colorimétrique sur le récipient ou noter le changement de couleur du papier de tournesol. Inscrire le résultat dans le dossier du patient.

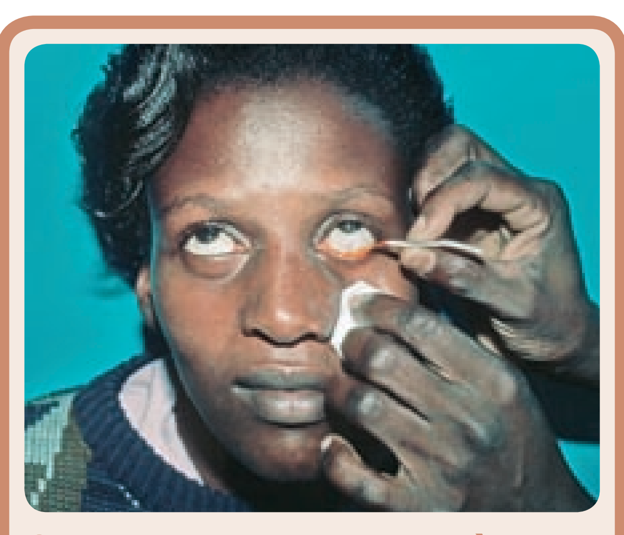
Ce geste est répété après le lavage afin de déterminer si celui-ci a été suffisant.

Méthode

- Instiller le collyre anesthésique local
- Le/la patient(e) étant assis(e) ou allongé(e), protéger son cou et ses épaules avec la bâche imperméable et la serviette
- Placer le haricot contre la joue, du côté de l'œil affecté et incliner légèrement la tête du/de la patient(e) dans cette direction
- Remplir la tasse à bec de solution de lavage et vérifier la température de celle-ci en en versant une petite quantité sur la joue du/de la patient(e)
- Demander au/à la patient(e) de regarder droit devant lui/elle
- Écarter les paupières, au besoin en utilisant **délicatement** le blépharostat
- Verser le liquide doucement et régulièrement, à une distance de moins de 5 cm, sur le devant de l'œil et sous les paupières inférieure et supérieure
- Éverser la paupière supérieure pour bien accéder au fornix conjonctival supérieur
- Demander au /à la patient(e) de garder l'œil mobile en regardant dans toutes les directions pendant toute la durée du lavage, qui doit être d'au moins 15 minutes, une demi-heure étant préférable
- Enlever tout corps étranger résiduel à l'aide d'une pince ou d'un coton-tige humecté
- Vérifier à nouveau le pH et si celui-ci n'a pas changé ou n'est pas revenu à la normale, continuer l'irrigation
- Vérifier et noter l'acuité visuelle à la fin du processus.

Adresser le patient à un service spécialisé pour une évaluation d'urgence.

Murray McGavin



Comment rendre un ulcère cornéen visible

Indications

- Pour évaluer l'atteinte épithéliale au moyen de collyre diagnostique (par ex. fluorescéine 2 % ou rose bengale 1 %), après traumatisme ou en cas de sécheresse oculaire.

Matériel nécessaire

- Fluorescéine 2 % ou rose bengale 1 % - en collyre diagnostique ou sous forme de bandelettes imprégnées
- Sérum physiologique
- Collyre anesthésique local
- Coton propre ou tampons de gaze propres
- Lampe torche ou biomicroscope (selon disponibilité/ savoir-faire) pour éclairer l'œil

Préparation

- Expliquez au patient qu'il/elle va ressentir une sensation de froid et de picotement lors de l'instillation du collyre.

Méthode

- Demandez au patient de regarder vers le haut
- Instillez le collyre diagnostique à la fluorescéine ou au rose bengale ou utilisez les bandelettes en papier

Murray McGavin



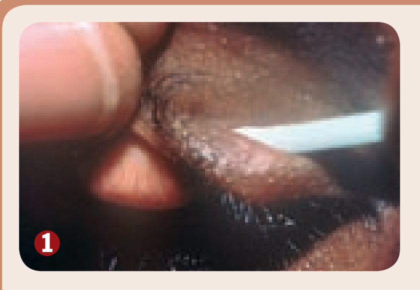
Si vous utilisez des bandelettes, humectez les légèrement avec un peu de sérum physiologique ou de collyre anesthésique, en prenant soin de ne pas toucher le bout de la bandelette (imprégné de colorant) avec l'embout.

- Demandez au patient de regarder vers le haut et mettez la bandelette humectée délicatement en contact avec l'intérieur de la paupière inférieure, en prenant garde de ne pas toucher la cornée
- Demandez au patient de fermer l'œil, essuyez délicatement le surplus de liquide et attendez 30 secondes
- Utilisez un biomicroscope ou une lampe torche pour éclairer l'œil en utilisant bien la bonne couleur (lumière bleue pour la fluorescéine, lumière banche pour le rose bengale), examinez la surface de la cornée, notez toute coloration et inscrivez le résultat dans les notes du patient.

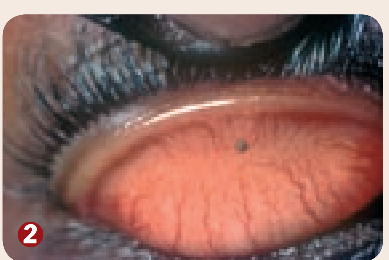
Une coloration **verte** en présence de fluorescéine indique une perte de cellules épithéliales cornéennes.

Une coloration **rouge** en présence de rose bengale indique la présence de tissus nécrosés et de filaments de mucus.

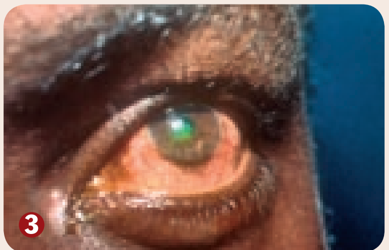
Murray McGavin



Murray McGavin



Murray McGavin



Pak Sang Lee



Comment enlever un corps étranger sous la paupière supérieure en éversant celle-ci

Indications

- Examen de la conjonctive tarsale supérieure
- Extraction d'un corps étranger et soulagement de la douleur
- Prévention d'une érosion de la cornée et limitation des dégâts.

Ne jamais éverser la paupière supérieure si l'on soupçonne un traumatisme pénétrant ou un amincissement de la cornée (par ex. dû à un ulcère).

Matériel nécessaire

- Coton-tige, trombone ou petit objet à bout mousse, par ex. capuchon de stylo, (pour aider à éverser la paupière)
- Loupe
- Aiguille stérile
- Collyre anesthésique local
- Bandelettes de fluorescéine
- Sérum physiologique ou eau bouillie refroidie à température ambiante
- Collyre ou pommade antibiotiques prescrits
- Sparadrap, deux pansements oculaires et bande.

Préparation

- Expliquer le procédé et dire au/à la patient(e) que la gêne oculaire qu'il/elle ressent va provisoirement augmenter, mais qu'il est important qu'il/elle se détende et ne bouge pas
- Rassurer et encourager le/la patient(e) en insistant qu'une fois le corps étranger enlevé, le soulagement sera immédiat.

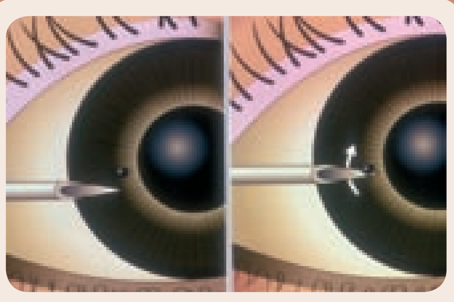
Méthode

- Instiller une goutte d'anesthésique local et de fluorescéine
- Demander au patient de regarder **vers le bas**
- Avec une main, maintenir les cils de la paupière supérieure entre le pouce et l'index
- Avec l'autre main, placer un coton-tige (ou trombone ou autre petit objet à bout mousse) à mi-distance du bord palpébral
- Retourner la paupière en exerçant une pression légère et régulière (photo n°1)
- La paupière s'éverse, révélant la conjonctive tarsale supérieure. Le corps étranger peut être suffisamment gros pour être visible à l'œil nu (photo n°2)
- Avec un léger mouvement vers le haut, enlever le corps étranger avec un coton-tige humecté. S'il s'est fiché dans la conjonctive, il sera peut-être nécessaire d'utiliser une aiguille
- Si le corps étranger n'est pas visible, examiner l'œil à l'aide d'une loupe et d'une lampe torche pour vérifier
- Une fois la conjonctive tarsale supérieure examinée et le corps étranger enlevé, demander au/à la patient(e) de regarder vers le haut et la paupière reprendra sa position normale
- Examiner le reste de l'œil pour vérifier qu'il n'y a pas d'autres particules
- En cas d'érosion cornéenne résultante, instiller un collyre antibiotique ou appliquer une pommade antibiotique, et couvrir d'un pansement oculaire de consistance ferme, en superposant deux pansements (on peut également ajouter une bande), qui devra être gardé pendant 24 heures (photos n° 3 et 4).

Examiner l'œil après 24 heures ou avant en cas de douleur persistante.

Et enfin

- Essuyer l'aiguille avec un tampon de gaze pour confirmer que le corps étranger a bien été enlevé et montrer celui-ci au/à la patient(e), afin de le/la rassurer
- Jeter l'aiguille dans un récipient à cet effet, en faisant bien attention.



Cactus design and illustration Ltd.

Comment enlever un corps étranger cornéen

Indications

- Extraction d'un corps étranger superficiel à la surface de la cornée, par ex. fragment métallique.

Matériel nécessaire

- Lampe à fente ou loupe et lampe torche
- Bandelettes de fluorescéine
- Collyre anesthésique local
- Aiguille stérile de gabarit 21
- Coton-tiges stériles
- Collyre ou pommade antibiotiques prescrits
- Sparadrap, deux pansements oculaires et bande.

Préparation

- Installer confortablement le patient, assis ou couché, sous la lampe à fente, en veillant à ce que sa tête soit soutenue.

Méthode

- Instiller le collyre anesthésique et la fluorescéine
- Demander au patient de regarder fixement droit devant et de ne pas bouger
- Avec une main, contrôler **délicatement** les paupières du patient
- Avec l'autre main, tenir l'aiguille stérile entre le pouce et deux doigts
- S'approcher lentement de la cornée avec le bord biseauté de l'aiguille vers le haut et parallèle à la surface de la cornée
- Soulever délicatement le corps étranger pour l'enlever de la surface de la cornée

Ceci peut parfois être fait à l'aide d'un coton-tige humecté. C'est un procédé plus sûr lorsqu'on est moins expérimenté.

- Vérifier l'œil du patient et éverser délicatement la paupière supérieure pour vérifier qu'il n'y a plus de corps étranger(s) – une érosion de la cornée peut être présente
- Appliquer une pommade antibiotique et couvrir d'un pansement oculaire de consistance ferme, en utilisant deux pansements et une bande, qui devra être gardé pendant 24 heures.

Si le corps étranger résiste et ne peut être extrait facilement, ne vous obstinez pas ! Le corps étranger peut être enfoncé en profondeur. Il faut alors adresser le patient à un service spécialisé.

Et enfin

- Essuyer l'aiguille avec un tampon de gaze pour confirmer que le corps étranger a bien été enlevé et montrer celui-ci au patient, afin de le rassurer
- Jeter l'aiguille dans un récipient à cet effet, en faisant bien attention.



Établir les données probantes en faveur de la prévention et de la prise en charge des traumatismes oculaires



Richard Wormald

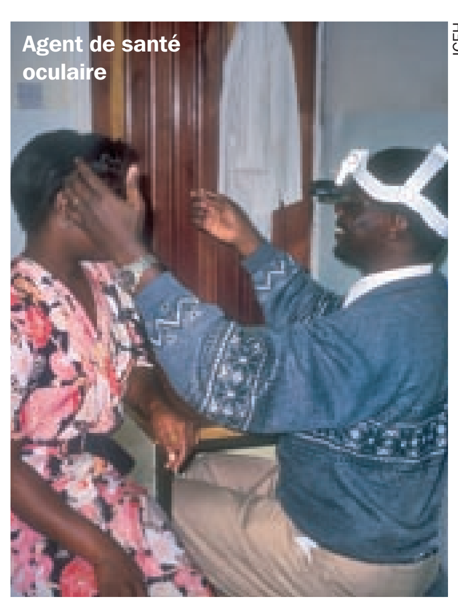
Rédacteur de coordination, Cochrane Eyes and Vision Group (CEVG), International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.

La Collaboration Internationale Cochrane (*International Cochrane Collaboration*) s'organise en groupes de revue en collaboration se concentrant chacun sur un domaine clinique ; ce dernier peut être général (par ex. maladies de la peau ou œil et vision) ou spécifique (par ex. schizophrénie ou sclérose en plaques). Certains groupes se concentrent sur des domaines cliniques recouvrant plusieurs spécialités, comme le groupe des maladies infectieuses, qui comprennent de nombreuses maladies tropicales, ou le groupe chargé des traumatismes (*Cochrane Injuries Group*) qui s'occupe de la prévention et de la prise en charge des traumatismes aigus. Ce dernier groupe est basé à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et bénéficie de la participation d'un informaticien qui joue le rôle de coordonnateur (*Trials Search Coordinator*). Aucun des groupes créés n'a jusque là abordé la question importante de la prévention et de la prise en charge des traumatismes oculaires. Lorsque le *Community Eye Health Journal* nous a demandé d'écrire un article sur ce sujet, cela nous a incité à mettre en œuvre une collaboration entre nos deux groupes pour combler cette lacune.

La première étape consiste à réfléchir aux questions les plus importantes et à la façon de découper ce très large domaine. Une revue unique sur la prévention et la prise en charge des traumatismes oculaires ne serait pas gérable. Pour établir les données probantes en faveur de la prévention, nous devons décider sur quoi nous allons nous concentrer. Les traumatismes oculaires peuvent se produire sur le lieu de travail (agricole ou industriel), à la maison et au cours d'activités sportives. Faut-il effectuer des revues distinctes pour chaque environnement ou faut-il se concentrer sur la notion d'intervention – lunettes de protection, ceintures de sécurité dans les véhicules, mises en garde et information ? Cela représente une étape intéressante dans le développement d'une revue Cochrane.

Nous devons considérer avec soin la pertinence de la question à laquelle nous essayons de répondre et nous devons poser cette question de façon à ce que la réponse ait un sens. L'acronyme PICR nous permet de mémoriser les composantes-clés :

- Population (quelle est la cible de l'intervention ?)
- Intervention (par ex. ceintures de sécurité ou lunettes de protection)
- Comparaison (entre les lunettes et rien du tout ou une information, par ex.)
- Résultat (comment va-t-on mesurer l'impact de l'intervention – incidence des traumatismes graves ou simplement conformité avec les normes ?)



Agent de santé oculaire

ICEH

L'étape suivante est l'enregistrement du titre. Ceci est fait par courriel – les formulaires sont disponibles sur Internet à l'adresse **www.cochraneeyes.org**. Le but de l'enregistrement du titre est d'éviter une duplication inutile. Une revue Cochrane demande un effort important et il serait bien dommage de gaspiller cet effort. L'enregistrement du titre indique un engagement à finir la revue dans un délai raisonnable. La personne responsable de la revue doit indiquer la date à laquelle elle estime que le premier jet sera terminé. Bien que cette date ne soit pas imposée de façon rigide, si la revue n'est pas terminée dans les délais son titre redeviendra disponible pour d'autres.

Une fois le titre enregistré, l'étape suivante consiste à concevoir un protocole définissant la façon dont la revue va être menée. Ce protocole, en particulier son contexte et sa méthodologie, est évalué par un ensemble d'experts puis publié par la Bibliothèque Cochrane. De cette façon, la revue est explicitement liée au protocole et peut donc faire l'objet de commentaires et de suggestions, par un processus de critique en ligne. Cet aspect interactif de la Bibliothèque Cochrane peut être accédé sur notre site Internet. La revue est ensuite menée suivant le protocole établi, puis à nouveau évaluée par nos pairs avant d'être publiée. Il devient alors possible de publier des variantes de la revue dans d'autres publications. La caractéristique la plus importante de la revue Cochrane publiée sous forme électronique est sa révision au minimum tous les deux ans ou bien dès qu'une nouvelle étude importante et pertinente est publiée.

Les revues Cochrane ne prennent en compte que les résultats de la plus haute qualité. Il ne sert à rien de résumer et de disséminer des résultats peu fiables ou vraisemblablement biaisés. Pour la plupart des interventions sanitaires, cela veut dire que l'on ne prend en compte que les essais cliniques aléatoires évalués par des critères clairs évitant biais et confusion. Cependant, en ce qui concerne l'étude de la prévention des traumatismes, il est souvent difficile de mettre en place des essais prospectifs et les revues rédigées par le *Cochrane Injuries Group* prennent parfois en compte des études basées sur l'observation. Par exemple, l'influence du casque à vélo sur le risque de traumatisme crânien grave ne peut pas facilement être étudiée par un essai prospectif aléatoire. Il nous faudra prendre en compte tous ces points dans une revue sur l'efficacité de la prévention des traumatismes oculaires.

Revues en cours sur les traumatismes oculaires

Des revues sur la prise en charge des traumatismes oculaires sont déjà en cours (Tableau 1). Certaines d'entre elles sont presque terminées. La revue sur la méthode du « patch » pour les érosions de cornée est intéressante, car il apparaît qu'il n'existe aucune preuve que ce traitement traditionnel des érosions soit bénéfique.

Toute personne souhaitant s'impliquer dans une revue peut contacter le coordonnateur des groupes de revue, à l'adresse **cevg@Lshtm.ac.uk**

Tableau 1. Revues actuellement en cours sur la prise en charge des traumatismes oculaires

Sujet de la revue	Étape dans le processus de la revue
Interventions dans le cas d'érosions récurrentes de la cornée	Protocole
Interventions médicales dans le cas d'un hyphéma d'origine traumatique	Protocole
« Patch » en cas d'érosion de la cornée	Protocole
Chirurgie en cas de névropathie optique d'origine traumatique	Protocole
Stéroïdes en cas de névropathie optique d'origine traumatique	Titre
Stéroïdes en cas de névropathie optique d'origine traumatique	Enregistrement du titre

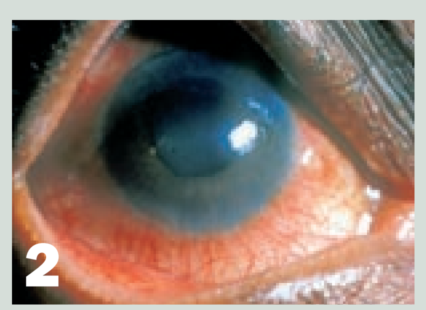
Questions-Réponses sur l'œil rouge RÉPONSES



Garçon âgé de 14 ans. Se plaint de démangeaisons dans les yeux depuis trois ans et de sécrétions claires et collantes. AV 10/10.

Kérato-conjonctivite vernale ou limbo-conjonctivite endémique tropicale

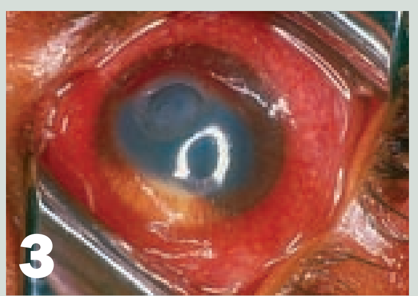
L'inflammation chronique de la conjonctive et la tuméfaction qui en résulte donnent à celle-ci un aspect grumeleux. Dans la plupart des cas, une conjonctivite allergique s'améliore à l'âge adulte et ne nécessite pas de traitement intensif. On ne doit recourir au traitement local par des stéroïdes qu'en cas de crises aiguës, s'il y a lieu de penser que la cornée est atteinte.



Femme âgée de 45 ans. Se plaint d'une douleur oculaire et d'une gêne en présence de lumière vive et de sécrétions claires. AV 5/10.

Uvéite antérieure aiguë

Ces patients présentent une photophobie typique car la constriction de la pupille en réaction à la lumière entraîne une douleur oculaire. La rougeur est plus intense au niveau du limbe (injection ciliaire) et la pupille est irrégulière lorsqu'elle est collée à l'avant du cristallin. Il faut traiter une uvéite antérieure aiguë avec de l'atropine pour maintenir la pupille dilatée. Dans les cas graves, des stéroïdes pourront être utilisés en traitement local.



Fillette âgée de 5 ans. Douleur forte et perte de la vision depuis trois jours. A reçu un traitement oculaire traditionnel il y a une semaine. CLD.

Kératite purulente

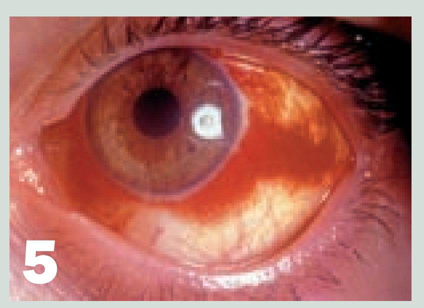
L'œil est très rouge et l'iris n'est pas clairement visible, ce qui suggère que la cornée est trouble. Dans ce cas, il est nécessaire d'appliquer localement toutes les heures des antibiotiques. Si l'équipement le permet, effectuer un frottis de la cornée et une coloration de Gram avant de commencer le traitement local. Dans certaines régions, les ulcères de la cornée sont souvent causés par des champignons et doivent alors être traités par des antifongiques. La tache blanche inférieure (à niveau horizontal) est un hypopyon, causé par la présence de pus dans la chambre antérieure. Ceci traduit une inflammation très intense. Les médications oculaires traditionnelles ne sont pas stériles et peuvent se compliquer d'infections graves.



Garçon âgé de 6 ans. Œil douloureux depuis dix jours. A contracté le paludisme il y a un mois. Durant l'examen, la sensibilité de la cornée s'avère réduite. AV 1/10.

Kératite herpétique

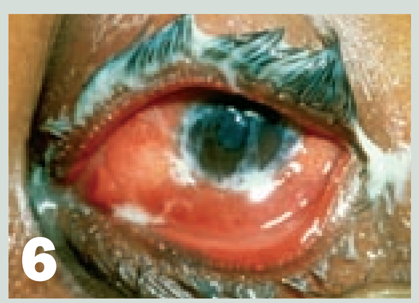
Les kératites herpétiques ne se traduisent pas toujours par un ulcère dendritique, ou « en carte de géographie », typique. La sensibilité réduite de la cornée est un signe très utile pour détecter un herpès. Celle-ci est vraisemblablement due aux lésions des nerfs sensitifs. Une kératite herpétique s'accompagne parfois de fièvre. Le traitement d'une kératite herpétique se fait par un antiviral appliqué localement, de type aciclovir ou trifluorothymidine.



Femme âgée de 25 ans. Absence de douleur ou de sécrétions. Se plaint d'une rougeur oculaire depuis ce matin. AV 10/10.

Hémorragie sous-conjonctivale

L'absence de douleur et de sécrétions indique qu'il n'y a pas d'inflammation. Le contour très net est typique d'une hémorragie sous-conjonctivale. Le traitement n'est pas nécessaire et la rougeur oculaire disparaîtra en deux semaines.



Homme âgé de 19 ans. Se plaint d'une sensation de grains de sable et de corps étranger et d'une douleur oculaire depuis trois jours, accompagnées de sécrétions épaisses et jaunâtres. AV 6/10.

Conjonctivite bactérienne

Toute la conjonctive est rouge et l'œil sécrète du pus sur la paupière inférieure et sur les cils. Dans ce cas, il faut appliquer des antibiotiques en traitement local intensif pendant une semaine. Dans les cas très graves, en particulier lorsqu'il s'agit d'un homme jeune, songez à faire une coloration de Gram pour détecter des gonocoques et demandez au patient s'il ressent des symptômes d'infection de l'urètre.



Ressources utiles sur l'œil rouge

Manuels

E. Sutter, A. Foster, V. Francis. Hanyane – Bien voir et mieux vivre au village.
Disponible en français et en anglais auprès de l'International Centre for Eye Health (ICEH – adresse à la page 2).
Prix : UK £ 5 + UK £ 5 de frais d'emballage et d'affranchissement.
Courriel : sue.stevens@Lshtm.ac.uk

Pour les éditions en langues indiennes, contacter ICARE Resource Centre, Post Bag No. 1 Kismatpur BO, Hyderabad 500 030, Inde.
Courriel : icareresourcecentre@yahoo.com

V. Francis et B. Wiafe. Livre d'activité sur les yeux sains. Livre d'apprentissage pour les écoles primaires. Disponible auprès de SIGHT AND LIFE, DSM Nutritional Products, Task Force Sight and Life, BP 2116, 4002, Basel, Suisse.
(Nous remercions Sight and Life pour la traduction française)
Courriel : sight.life@dsm.com
Site Internet : www.sightandlife.org
Les traductions en français, cinghalais, tamoul, chinois (mandarin), tibétain et gujarati sont disponibles sur le site Internet de Sight and Life :
www.sightandlife.org/booksAll/Heab.html

La version originale en anglais est disponible auprès de l'ICEH.
Courriel : sue.stevens@Lshtm.ac.uk
Site Internet : www.iceh.org.uk

Participatory approaches for community health worker training in primary eye care.
Disponible (uniquement en anglais) auprès de Project Orbis International, 520 8th Avenue, 11th Floor, New York, NY 10018, États-Unis.
Courriel : dcharles@nyorbis.org

Basic eye care (pour les agents de santé oculaire).
Simple eye care (pour ceux qui possèdent des rudiments de formation en santé oculaire). Disponibles (uniquement en anglais) auprès de Helen Keller International, 352 Park Avenue South, Suite 1200, New York, NY 10010, États-Unis.
Courriel : snienabler@hki.org

Primary eye care. Disponible en anglais auprès de Raja Mumtaz Regional Learning Resource Centre, PICO, P O Box 125, Hayatabad Complex – Phase 4, Hayaytabad, Peshawar, Pakistan.
Courriel : rlrc@pico.org.pk

Diapositives

S. Stevens. Practical ophthalmic procedures – Volumes 1, 2, 3, 4.
Uniquement disponibles en anglais, auprès de l'ICEH. Prix : UK £ 15 par volume pour les pays en développement (UK £ 20 dans tout autre cas) + UK £ 5 de frais d'emballage et d'affranchissement.
Courriel: sue.stevens@Lshtm.ac.uk

Matériel disponibles en portugais

Folheto informativo – Conjunctivite
Folheto infromativo – Proteja seus olhos
Atenção primária ocular – Ações básicas-oms
Manual de saúde ocular em nível de atenção primária
Informações básicas sobre saúde ocular
Disponibles auprès de Servico De Oftalmologica Sanitária, Avenida Dr. Arnaldo, 351 – 6 Andar, Cerqueira Cesar, Sao Paolo, SP CEP 01246 – 902, Brésil.
Courriel : nhm2@ig.com.br

Ressources utiles sur les traumatismes oculaires

Manuels

A. M. Varvinski et R. Eltrinham. Anaesthesia for ophthalmic surgery.
Part 1 : Regional Techniques. Dans : Update in Anaesthesia volumes 6-12 compendium, dir. par F. Walters et I. H. Wilson. WFSA, 2000. Ce matériel est uniquement disponible en anglais. Une version à prix réduit est disponible pour les pays en développement (UK £6). Teaching Aids at Low Cost (TALC), PO Box 49, St Albans, Hertfordshire, AL1 5TX, Royaume-Uni.
Courriel : info@talcuk.org
Site Internet : www.talcuk.org
Fax : (44) 1727 846852
Publication en ligne dans Update in Anaesthesia : Issue 6 (1996)
Article 3. World Anaesthesia Online.
www.nda.ox.ac.uk/wfsa/html/u06/u06_012.htm
Note: World Anaesthesia Online est une revue éducative qui a pour objectif d'apporter des conseils pratiques à tous ceux qui travaillent de façon isolée ou dans des conditions difficiles.

A. Nicol et E. Steyn. Handbook on Trauma for Southern Africa. Oxford University Press 2004. Ce matériel est uniquement disponible en anglais.

Numéros de la revue *Community Eye Health Journal* traitant des traumatismes oculaires
Antipersonnel mines : why ban? (Pourquoi interdire les mines antipersonnel ?) Vol. 10 N°23, 1997.
Magnitude of eye injuries worldwide (Importance des traumatismes oculaires dans le monde) Vol. 10 N°24, 1997.
Site Internet : www.jceh.co.uk

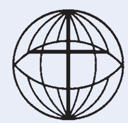
V. Francis et B. Wiafe. Livre d'activité sur les yeux sains. Livre d'apprentissage pour les écoles primaires. Partie 3 : Prévention de la cécité suite aux accidents. Voir plus haut.

VIDÉO

Diwali : Precautions for everyone
Uniquement en anglais. Une vidéo d'information pour les patients sur les précautions à prendre durant la fête de Diwali. Durée : 6 minutes. Disponible auprès de LVPEI, Central Audio-Visual Unit, LV Prasad Marg, Hyderabad – 500 034, Andhra Pradesh, Inde
Courriel : mshoba@lvpei.org

Les articles sur l'œil rouge sans traumatisme ont été publiés précédemment dans *Community Eye Health Journal*, vol. 18, nº 53 (2005) et les articles sur les traumatismes oculaires dans le vol. 18, nº 55 (2005).

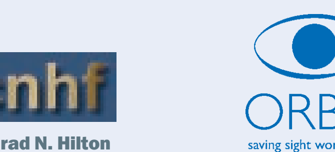
REVUE DE
Santé Oculaire Communautaire *soutenue par :*


Christian Blind Mission International

sightsavers INTERNATIONAL
Sight Savers International



Dark & Light Blind Care



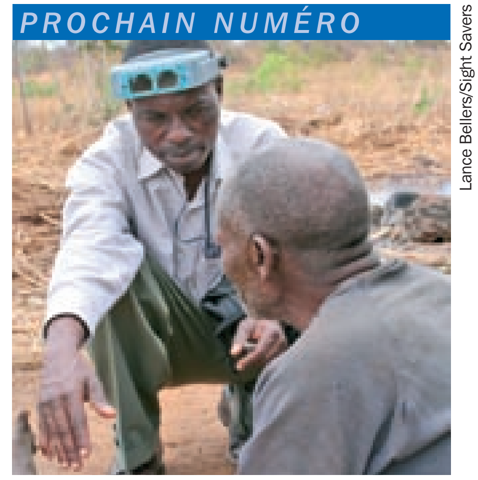
Conrad N. Hilton Foundation

ORBIS
saving sight worldwide
ORBIS

TIJSSEN FOUNDATION
Tijssen Foundation

Design : Lance Bellers

PROCHAIN NUMÉRO


Lance Bellers/Sight Savers

Notre prochain numéro contiendra des articles sur la mise en œuvre de VISION 2020 au niveau du district et sur la gestion des ressources humaines.